

VI Curso de Licenciatura em Enfermagem

Investigação em Enfermagem

Trabalho de Monografia

Vivência dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência



Elaborado por:

André Calado

Nº 200691173

Professora Orientadora:

Carmo Baltar (Mestre)

Barcarena

Dezembro de 2009



VI Curso de Licenciatura em Enfermagem

Investigação em Enfermagem

Trabalho de Monografia

Vivência dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência

Monografia realizada no âmbito do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem com a finalidade de obter o grau académico de Licenciatura.

Elaborado por:

André Calado

Nº 200691173

Professora Orientadora:

Carmo Baltar (Mestre)

Barcarena

Dezembro de 2009

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório”

“O mais incompreensível do mundo é que ele seja compreensível.”

(Albert Einstein)

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos os que se envolveram neste trabalho, de uma forma directa ou indirecta, e em especial:

- Ao meu Pai, Josué Calado, pois sem ele a consecução deste percurso académico não tinha sido possível;

- Às minhas Avós “Anica” e “Bica” e ao meu Avô “Xanito”, pelo apoio e ajuda ao longo deste meu percurso;

- À memória do meu Avô Calado, pelo meu orgulho na sua pessoa enquanto profissional de saúde;

- À minha Namorada, Ana Filipa Fonseca, por ser um pilar insubstituível na construção do meu ser enquanto futuro profissional de saúde e pelo seu apoio incondicional nas horas de angústia e desespero;

- À Senhora Professora Carmo Baltar, pela colaboração dispendida, atenção e disponibilidade, os meus mais sinceros e respeitosos agradecimentos;

- À Senhora Professora Maria João Santos, pelo seu apoio incondicional e amizade inqualificável;

- Ao meu Grupo de Trabalho, Ana Lúcia, Ana Rita Gomes, Filipa Garção, Sónia Coelho e Tiago Neves, pelo apoio, pela amizade inigualável, pelas horas passadas na Universidade Atlântica a realizar trabalhos pedagógicos e por me aturarem nos meus momentos de rabugice;

- Aos meus colegas de turma, em especial aos meus grandes amigos Nuno Pereira, Rui Silva, Marco Rebelo e Diogo Saraiva;

- Aos Senhores Enfermeiros que participaram neste estudo, pela sua disponibilidade, preocupação e apoio na consecução deste mesmo trabalho.

Obrigado por Tudo!

Resumo

Palavras-chave: Vivências, Pessoa com Toxicodependência e Reabilitação

Com base na problemática da Toxicodependência, o presente estudo teve como objectivo conhecer as vivências dos enfermeiros no processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína, procurando identificar as intervenções que os enfermeiros desenvolvem nesta vertente e as limitações com que se deparam.

Realizou-se um estudo de paradigma qualitativo e abordagem fenomenológica do tipo exploratório-descritivo. Para tal, utilizou-se uma amostra não probabilística e intencional, que foi constituída por três enfermeiros com experiência nesta área de prestação de cuidados. Para a recolha de dados, realizou-se a entrevista não-estruturada áudio gravada.

A análise dos dados foi efectuada com a utilização do método de Jean Watson.

Como principais conclusões, destacaram-se as seguintes:

- Os enfermeiros, ao trabalharem em equipa, intervêm através da relação de ajuda, de técnicas de ajuda, da recolha de dados, da transmissão de informação para a saúde e da realização de intervenções interdependentes;

- A intervenção dos enfermeiros é limitada pela dotação insuficiente dos serviços. O reduzido número de enfermeiros para tantos clientes toxicodependentes, leva os enfermeiros a privilegiarem as intervenções interdependentes, ficando as intervenções autónomas de enfermagem limitadas ao tempo disponível;

- Existem na sociedade poucas estruturas que facilitem a reintegração das pessoas toxicodependentes na sociedade, o que constitui um constrangimento à reabilitação destes utentes.

Abstract

Title: “Nurses' Experiences in Rehabilitation of People with Drug”

Based on the problems of addiction, this study aimed to understand the experiences of nurses in the rehabilitation of people with heroin and / or cocaine dependence, trying to identify the interventions that nurses develop this aspect and the constraints faced.

Was performed a study of qualitative paradigm and phenomenological approach of exploratory-descriptive type. To this end, was used a non-probability sample and intentional, which consisted of three nurses with experience in this area of care. For data collection, held on unstructured audio taped.

The Data analysis was performed using the method of Jean Watson.

As main findings highlighted, the following:

- Nurses, working as a team, spoke through the relationship of aid, technical assistance, collection data, transmission of information for health and for interventions interdependent;

- The involvement of nurses is limited by the shortage of nurses for many customers addicts, leading nurses to give priority to interdependent interventions, being the independent intervention of Nursing limited to the time available;

- There are few structures in society that make possible the reintegration in the society of drug addicts, thereby limiting their rehabilitation.

Keywords: Experiences, People with Drug Addiction and Rehabilitation

Índice

	p.
Índice de Quadros	xi
Índice de Figuras	xii
1. Introdução	1
2. Visão Pessoal do Fenómeno	5
2.1.Toxicodependência – Perspectiva Histórica e Actual	6
2.2.Implicações das Toxicodependências.....	9
2.3.Os Cuidados de Enfermagem e a Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência.....	12
3. Opções Metodológicas	21
3.1. Tipo de Estudo	22
3.2. Amostra	25
3.3. Procedimentos da Colheita e Análise de Dados	26
3.4. Aspectos Éticos.....	31
4. Interpretação de Dados	35
4.1. Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação.....	36
4.1.1.Recolha de Dados	36
4.1.2.Relação de Ajuda	41
4.1.3.Técnicas de Ajuda	52
4.1.4.Procedimentos	55
4.1.5.Informação para a Saúde	57
4.2. Intervenções face ao Processo de Reabilitação	62
4.2.1. Trabalho em Equipa	62
4.3. Limitações no Processo de Reabilitação	65
4.3.1.Reinserção Social	65
4.4. Limitações nas Intervenções de Enfermagem	68
4.4.1. Autónomas e Interdependentes	68
4.4.2. Formação ao Longo da Vida	74

5. Síntese Diagramática das Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência	77
6. Conclusão	79
7. Limitações e Implicações	85
8. Sugestões	87
Referências Bibliográficas	89
Apêndices	94
Apêndice A– Cronograma	97
Apêndice B – Carta de Pedido de Autorização para a realização do estudo.....	101
Apêndice C – Termo para a Obtenção do Consentimento Informado..	107
Apêndice D– Entrevista 1	109
Apêndice E– Entrevista 2	119
Apêndice F– Entrevista 3	143

Índice de Quadros

	p.
Quadro 4.1 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Recolha de Dados	36
Quadro 4.2 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Relação de Ajuda	41
Quadro 4.3 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Técnicas de Ajuda	52
Quadro 4.4 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Procedimentos	55
Quadro 4.5 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Informação para a Saúde	57
Quadro 4.6 - Intervenção face ao Processo de Reabilitação: Trabalho em Equipa	62
Quadro 4.7 - Limitações no Processo de Reabilitação: Reinserção Social ...	65
Quadro 4.8 - Limitações das Actividades de Enfermagem: Autónomas e Interdependentes	68
Quadro 4.9 - Limitações nas Intervenções de Enfermagem: Formação ao Longo da Vida	74

Índice de Figuras

	p.
Figura 1 - Síntese diagramática das Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência	77

1. Introdução

O presente trabalho de Monografia foi realizado no âmbito do plano de estudos do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica.

A investigação em enfermagem é fundamental para que se possa estabelecer uma base científica de conhecimento para a prática, aspecto que é reforçado por Fortin (2003, p.26), quando afirma que o “objecto da investigação em ciências de enfermagem é o estudo sistemático de fenómenos presentes no domínio dos cuidados de enfermagem, o qual conduz à descoberta e ao desenvolvimento de saberes da própria disciplina”.

Neste âmbito, a problemática que o autor escolheu para a realização deste trabalho foi a Reabilitação do Adulto com Toxicodependência de heroína e/ou cocaína, a qual surgiu do interesse do mesmo na prestação de cuidados a adultos com dependência destes dois tipos de droga e da determinação que possui, em querer conhecer a importância da intervenção do enfermeiro na reabilitação destas pessoas.

Ao longo do percurso académico, enquanto aluno de enfermagem, o autor sentiu que o papel do enfermeiro perante o toxicodependente foi um tema pouco abordado. No entanto, no decorrer dos ensinamentos clínicos, o seu interesse por esta problemática foi aumentando, devido ao facto de ter presenciado a prestação de cuidados a vários adultos com toxicodependência, constatando que, em certas alturas, a privação de heroína e/ou cocaína torna estas pessoas mais apelativas, agitadas e até mais agressivas o que exige dos enfermeiros uma maior disponibilidade e assertividade na prestação de cuidados de enfermagem.

No decorrer da pesquisa efectuada, constatou-se que o fenómeno da toxicodependência foi definido, por vezes, como uma doença ou como uma situação, subsequente de outras alterações patológicas (distúrbios de personalidade), havendo uma dissonância entre a literatura acerca deste fenómeno, o que conduziu o autor deste trabalho, a querer aprofundar e clarificar o porquê desta contradição.

Assim, a Organização Mundial de Saúde (1971, citado em Pinto-Coelho, 1998, p. 19), considera que a toxicodependência é um “estado de intoxicação crónica ou periódica, voluntária, provocado pelo consumo repetido de uma droga natural ou

sintética” podendo ser considerada uma doença ou uma situação que tem por base doenças psíquicas ou distúrbios de personalidade, ou seja, é uma doença “voluntária”, no sentido em que “o toxicod dependente não queria, porque nunca acreditou que a repetição de consumos . . . o pudesse transformar tão profundamente, de forma que deixasse de ser dono da sua vontade e que o seu campo de consciência se estreitasse tanto que pouco mais visse na sua vida que o tóxico” (Miguel, 1994, p. 62).

Nesta sequência, os dados estatísticos apresentados no II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa de 2007 (Balsa et al, 2007), mostraram que 12% dos participantes verbalizaram que tinham consumido qualquer substância psicoactiva ao longo da vida, tendo este número aumentado 4,2% em relação ao inquérito que foi efectuado em 2001, dados que mostram que o consumo de substâncias psicoactivas tem vindo a aumentar.

Considera-se que a intervenção de enfermagem pode ser essencial para a prevenção do consumo de drogas ou, por outro lado, na reabilitação e cuidado à pessoa toxicod dependente, contribuindo assim para a redução do consumo de substâncias ilícitas na população portuguesa.

Para além disto, o autor ao consultar um estudo de paradigma qualitativo referente às intervenções dos enfermeiros face às necessidades de saúde dos clientes dos Centros de Atendimento a Toxicod dependentes da Delegação de Lisboa e Vale do Tejo que foi realizado por Ribeiro e Venâncio (2008), confrontou-se com a seguinte conclusão:

- ✓ A componente relacional é um factor primordial, mas para se poderem prestar bons cuidados de enfermagem nesta área, é fundamental apostar na interligação das componentes técnica, teórica e relacional.

O mesmo estudo refere como dificuldades na prestação de cuidados de enfermagem:

- ✓ O escasso número de enfermeiros em relação ao número de clientes com toxicod dependência;
- ✓ A constante desmotivação dos profissionais de enfermagem como consequência das rotinas diárias que estão institucionalizadas;

-
- ✓ As constantes mudanças de políticas de modelos de gestão, exigindo aos enfermeiros constantes adaptações a novos modelos, o que dificulta o seu trabalho;
 - ✓ Uma diminuição de recursos, pois os mesmos recursos são utilizados para uma grande área geográfica, dificultando a acção dos profissionais de enfermagem face às necessidades dos clientes.

Por seu lado, os profissionais de enfermagem que participaram neste estudo (Ribeiro e Venâncio, 2008), referiram que só é possível ultrapassar as dificuldades anteriormente referidas devido:

- ✓ Ao trabalho em equipa, salientando que este representa algo extremamente importante, pois permite-lhes partilhar sentimentos com os vários elementos, ajudando-os a adquirir uma maior motivação para conseguirem superar as dificuldades;
- ✓ Ao estabelecimento de contactos formais e informais com outras instituições, na medida em que facilita o acesso de clientes com toxicodependência aos vários serviços de saúde;
- ✓ À constante aquisição de conhecimentos e competências através da formação académica, o que contribui para melhorar a prestação de cuidados.

Os aspectos acima referidos, foram também reforçados pelas enfermeiras de um Centro de Atendimento aos Toxicodependentes através da realização de uma entrevista informal.

Por seu lado, a pesquisa bibliográfica efectuada demonstrou que existem poucos estudos sobre esta problemática na área da enfermagem, o que reforçou o interesse do autor para a realização do presente trabalho com o qual se pretende obter resposta, para a seguinte questão de investigação: Quais as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína em processo de reabilitação?

Assim, com a realização do presente trabalho, pretendeu-se atingir os objectivos seguintes:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros face ao processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína;
- Identificar as intervenções dos profissionais de enfermagem ao longo do processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína;
- Identificar as limitações com que os profissionais de enfermagem se deparam durante o processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína.

Nesta sequência, realizou-se um estudo de paradigma qualitativo e abordagem fenomenológica do tipo exploratório-descritivo. Optou-se por elaborar um estudo fenomenológico, na medida em que é uma abordagem que tem como objectivo descobrir como o mundo é constituído e como o indivíduo o vivência, permitindo ir ao encontro das múltiplas dimensões daquilo que a pessoa experimenta (Streubert e Carpenter, 2002; Fortin, 2003).

Este trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: a visão pessoal do fenómeno em estudo, na qual se reflectiu a problemática em estudo com o recurso à literatura; as opções metodológicas, que definem o modo como o estudo foi realizado, e onde são apresentadas também as questões éticas que foram tidas em conta, bem como, os princípios que orientaram as acções do autor; a interpretação de dados, onde o autor apresenta os dados e fundamenta-os com referências teóricas; e finalmente as conclusões do estudo, limitações sentidas e sugestões futuras, promovendo-se assim a continuidade de estudos desta natureza.

Para a realização do trabalho elaborou-se um cronograma onde foram definidas as etapas para a sua elaboração e o tempo requerido para a execução de cada uma delas (Apêndice 1).

No que respeita às regras para redigir trabalhos escritos, seguiram-se as normas propostas pela Universidade Atlântica e, nos aspectos em que estas são omissas, seguiram-se as orientações preconizadas por Mário Azevedo (2006).

2. Visão Pessoal do Fenómeno

Para a elaboração deste capítulo, o autor sentiu a necessidade de clarificar os seguintes conceitos: vivências, pessoa com toxicod dependência e reabilitação.

A prática da enfermagem está submersa nas experiências de vida das pessoas, sendo a fenomenologia a abordagem que melhor se adequa ao estudo dos fenómenos em enfermagem (Streubert e Carpenter, 2002, p. 49).

O conceito “vivências” ou experiências vividas é característico da fenomenologia, sendo definido como a “esfera total de experiências de um indivíduo” (Schultz, 1970, citado por Streubert e Carpenter, 2002, p. 51). As vivências são pois as experiências vividas pela pessoa, que dão “significado a cada percepção do indivíduo de um fenómeno particular e [que] é influenciado por tudo o que lhe é interno e externo” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 51).

O conceito de pessoa com toxicod dependência é definido por “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta” (American Psychiatric Association 1996, p. 180).

A reabilitação remete-se a toda a dimensão da vida humana, tendo a importante finalidade de assegurar à pessoa incapacitada e às pessoas significativas, diferentes acções que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2003).

Neste sentido, a reabilitação permite que a pessoa readquira capacidades e competências possibilitando assim, uma melhoria da perspectiva da pessoa relativamente à doença e à sua qualidade de vida. A reabilitação constitui a meta do plano que o profissional de saúde constrói com a pessoa e para a pessoa (Wirocius, 1988, citado em Hesbeen, 2003).

Assim, neste capítulo apresenta-se, de uma forma sucinta, a visão que o autor deste trabalho tem acerca do fenómeno em estudo, a qual teve por base a experiência pessoal vivida e a fundamentação teórica que foi efectuada.

Este capítulo inicia-se com a abordagem histórica do fenómeno toxicodependência e da pertinência de o abordar, seguindo-se a definição de toxicodependência e as implicações da mesma, terminando com a reflexão em relação à intervenção dos enfermeiros face à pessoa com toxicodependência.

2.1. Toxicodependência – Perspectiva Histórica e Actual

Desde o tempo das civilizações primitivas que os indivíduos, ao longo da sua vida, tentaram alterar a sua visão pessoal do mundo exterior através do uso de substâncias com propriedades capazes de modificar as suas percepções, sensações e humor.

Apesar de existirem consumidores deste tipo de substâncias desde os tempos remotos, os modos e as razões que levaram ao consumo diferem significativamente de pessoa para pessoa, pois estas substâncias adquirem significados diferentes para cada indivíduo e situam-se num determinado contexto cultural e social que lhe dá significado.

Constata-se assim que “a droga esteve intimamente ligada à vida de todos os povos desde a alvorada da humanidade. Os modos de consumo, as razões desse consumo variam consoante o período histórico e o lugar onde ocorrem” (Strauss, 1973, citado em Rosa, Gomes e Carvalho, 2000, p.16).

Assim, embora o uso de drogas faça parte do nosso ambiente e se apresente como um dos maiores problemas que as nossas sociedades têm de gerir, ele foi sempre, na história da humanidade, uma preocupação quotidiana, verificando-se que a sociedade em geral, graças aos meios de comunicação e à mediatização do fenómeno “droga”, é diariamente alertada para ele. No entanto, verifica-se que o fenómeno da toxicodependência não pára de aumentar, pelo que se revela fundamental que se tomem medidas preventivas numa dimensão tanto maior quanto possível.

Nesta sequência, os estudos realizados em Portugal mostram que, à medida que os anos avançam, o número de toxicodependentes tem aumentado. A cocaína tem vindo a adquirir cada vez mais evidência, surgindo nos estudos mais recentes, como a segunda

droga com maior prevalência de consumo, associada frequentemente ao consumo de heroína (Balsa *et al.*, 2007).

Assim, os dados estatísticos apresentados no II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa – 2007, mostraram que o consumo da substância ilícita cocaína foi de 0,9% em 2001 e de 1,9% em 2007, o que corresponde a um aumento de cerca de 1%, ocorrendo um maior consumo na população masculina com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos e 35 e 44 anos.

Em relação ao consumo da substância ilícita heroína, este foi de 0,7% em 2001 e de 1,1% em 2007, o que corresponde a um aumento de cerca de 0,4%, ocorrendo também um maior consumo na população masculina com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos e os 35 e 44 anos (Balsa *et al.*, 2007).

Desta forma, constata-se que o consumo de drogas é mais relevante entre os jovens adultos e adultos, o que remete o autor para a necessidade de conhecer algumas características desta população.

De acordo com a Teoria Psicossocial de Erikson, as pessoas com idades compreendidas entre os 25 e 34 anos encontram-se no estágio jovem adulto, o qual corresponde à crise do ego *Intimidade Vs Isolamento*. No que se refere a esta crise do ego, Hall, Lindzey e Campbell (2000) dizem que:

os jovens adultos estão preparados e dispostos a unir a sua identidade a outras pessoas. Eles buscam relacionamentos de intimidade, parceria e associação, e estão preparados para desenvolver as forças necessárias para cumprir esses cumprimentos, ainda que para isso tenham de fazer sacrifícios. (p.174)

Este estágio caracteriza-se pelo facto de, pela primeira vez, o indivíduo poder desfrutar de uma genitalidade sexual verdadeira com o alvo do seu amor. Tal situação, deve-se ao facto de o indivíduo nos estágios anteriores se limitar à procura da identidade sexual e a um anseio por intimidades momentâneas.

É então a idade de jovem adulto que, com uma identidade assumida, possibilita o estabelecer de relações de intimidade com os outros, em que o amor é a virtude dominante, pois, apesar de estar presente nos estágios anteriores, neste ganha nova importância.

Por seu lado, a força do ego depende do parceiro com quem está preparado para partilhar situações tão particulares, como por exemplo, a criação de um filho. Os indivíduos deparam-se com o papel de construir relações com os outros numa comunicação profunda expressa no amor e nas relações de amizade.

A vertente negativa traduz-se no isolamento de quem não consegue partilhar afectos com intimidade nas relações privilegiadas, “o perigo do estágio da intimidade é o isolamento, a evitação dos relacionamentos, quando a pessoa não está disposta a comprometer-se com a intimidade” (Hall, Lindzey e Campbell, 2000, p.174).

Na perspectiva Hall, Lindzey e Campbell (2000), um determinado período de tempo de isolamento pode ser uma vantagem para a realização de escolhas, contudo, isso pode culminar em graves problemas de personalidade. Assim, de acordo com Hall, Lindzey e Campbell (2000), no que diz respeito a este estágio pode-se concluir que:

a ritualização correspondente desse estágio é a associativa, isto é, um compartilhar conjunto de trabalho, amizade e amor. O ritualismo correspondente, o elitismo, expressa-se pela formação de grupos exclusivos que são uma forma de narcisismo comunal. (p. 174)

Por seu lado, os indivíduos com idades compreendidas entre os 35 e 44 anos, encontram-se no estágio adulto que corresponde à crise do ego *Generatividade Vs Estagnação*, a qual de acordo com Rodrigues (2001),

denota a possibilidade de se ser criativo e produtivo em diversas áreas da vida. Bem mais do que educar e criar os filhos representa uma preocupação com o contentamento das gerações seguintes, uma descentração e expansão do Ego empenhado em converter o mundo num lugar melhor para viver, como tal, a generatividade representa o desejo de realizar algo que nos sobreviva. (p. 280)

Se o desenvolvimento e descentração do ego não ocorrem, ou seja, se se dá o fracasso na expansão da generatividade, o indivíduo pode estagnar, preocupando-se quase unicamente com o seu bem-estar e a posse de bens materiais.

O egocentrismo é, para Erikson, sinónimo de ineficácia e de decadência vital precoce, ou seja, o indivíduo “fecha-se nas suas ambições e pouco ou nada dá de si aos outros” (Rodrigues, 2001, p. 283).

Por seu lado, a American Psychiatric Association (1996), refere que a dependência pode ocorrer em qualquer idade mas, de forma típica, o seu início para a maioria das drogas de abuso é por volta dos 20, 30 e 40 anos.

Quando uma perturbação relacionada com o consumo de substâncias se inicia na fase da adolescência, está frequentemente associada a uma perturbação do comportamento e à incapacidade de completar a escolaridade. Nas drogas de abuso, as perturbações relacionadas com substâncias são mais frequentemente diagnosticadas nos homens do que nas mulheres, mas os *ratios* quanto ao sexo variam com as classes de substâncias.

Assim, perante a situação de toxicodependência, a pessoa jovem adulta e adulta vivencia seguramente mudanças no seu estatuto e posição ao nível social, familiar e económico, o que remete para a importância de se reflectir sobre as implicações da toxicodependência.

2.2. Implicações da Toxicodependência

A diversidade e a variabilidade das trajectórias e o futuro dos consumidores de drogas asseguram que a toxicodependência nada tem a ver com o resultado de uma relação linear entre uma droga e um indivíduo, constatando-se que a multiplicidade de factores que interferem nos processos de aparecimento, manutenção, evolução e saída são dados importantíssimos (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Verifica-se assim, que em todas as abordagens da toxicodependência reaparecem sempre de forma constante os três elementos seguintes:

- As *Substâncias*, que modificam intensamente a relação com o Eu e com o mundo;
- A *Adolescência*, encruzilhada de experiências e ponto de partida de uma trajectória;
- A *Dependência* para caracterizar o facto de que há poderosos obstáculos internos que se opõem à vontade de parar o consumo.

(Morel, Hervé e Fontaine, 1998, p. 21)

Desta forma, o aumento do conhecimento sobre os factores implicados na origem desta doença e a partilha de experiências, conferem uma tarefa absolutamente prioritária na descoberta de estratégias e métodos de intervenção mais eficazes na prevenção e tratamento.

A toxicodependência é definida como “um estado de intoxicação crónica ou periódica, voluntária, provocado pelo consumo repetido de uma droga natural ou sintética, sendo o seu consumo lícito ou ilícito” (Organização Mundial de Saúde, 1971 citado em Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Neste âmbito, Rosa, Gomes e Carvalho (2000, p. 26), afirmam que:

A toxicodependência comporta uma tolerância (tendência a aumentar as doses); uma dependência psíquica (designada por habituação), que entendemos como um estado mental caracterizado por uma pulsão que requer o uso periódico ou contínuo de uma droga com o fim de criar um prazer ou anular uma tensão; uma dependência física (responsável por um síndrome de abstinência), entendida como uma exigência do organismo que para conservar um eventual equilíbrio exige o aporte regular de um produto químico do exterior, e finalmente nocivos à sociedade e ao indivíduo.

No que respeita à manifestação da toxicodependência verifica-se que existem três características:

- Desejo invencível e compulsivo, de continuar a tomar a droga e de a obter por todos os meios;
- Tendência a aumentar as doses e a tolerância;
- Dependência física e psíquica, aos efeitos da droga, isto é, o aparecimento de um conjunto de sinais físicos e psíquicos logo que se interrompe bruscamente o seu consumo. (Pinto-Coelho, 1998, p.19)

Tal como o conceito de toxicodependência indica, este problema de saúde comporta dependência de uma substância a qual, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (1969, citada por Angel, Richard e Valleur, 2002), consiste num:

estado psíquico, e por vezes, igualmente físico, resultante da interacção de um organismo vivo e uma droga e que se caracteriza por modificações do comportamento e por outras reacções que compreendem sempre uma pulsão para tomar o produto de forma contínua ou periódica a fim de encontrar os seus efeitos psíquicos e, por vezes, de evitar o mal-estar da privação. Este estado pode acompanhar-se ou não de habituação. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários produtos. (p. 36)

Por seu lado, de acordo com a American Psychiatric Association (1996, p. 180), a característica essencial da dependência de substâncias é entendida como “um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo

continua a utilizar a substância apesar dos problemas significativos relacionados com esta”.

Para se entender melhor a noção de dependência, é necessário abordar os conceitos clássicos de dependência física e psicológica e ainda, de dependência económica. Nesta última, é importante evidenciar-se a interacção entre o consumo e o mercado da droga e a forma como estes se influenciam mutuamente.

A dependência física é um estado de adaptação orgânica manifestada por um conjunto de perturbações físicas, mais ou menos intensas, dependentes das propriedades farmacológicas da droga, da quantidade utilizada, do seu modo de utilização (ingerida, fumada, inalada ou injectada), e da frequência da sua utilização, o que vai originar no organismo determinadas modificações, impossibilitando-o de funcionar normalmente se houver ausência destas substâncias (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Por seu lado, para Angel, Richard e Valleur (2002, p. 36), a dependência física corresponde “a uma exigência do organismo que necessita, para conservar o seu equilíbrio, do aporte regular de uma substância exógena. Esta dependência manifesta-se através dos sintomas físicos que surgem na cessação de consumo ou na habituação”.

A dependência psíquica é definida como um estado de satisfação e compulsão psíquica que exige a administração periódica ou contínua de droga, de modo a produzir prazer e/ou evitar um sentimento de insatisfação (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Para Angel, Richard e Valleur (2002, p. 36), a dependência psíquica é um estado mental “caracterizado por um impulso que requer o uso periódico ou contínuo de uma droga com o objectivo de criar um prazer ou anular uma tensão”.

No que respeita à dependência económica, numa noção globalizante, verifica-se que permite compreender como é que o toxicodependente e o mercado da droga se reforçam mutuamente. Assim, é importante compreender o modo como se processa a circulação da droga desde que sai das mãos do importador até chegar ao primeiro consumidor.

O circuito da distribuição, de acordo com Rosa, Gomes e Carvalho (2000), tem como estrutura hierarquizada os seguintes intervenientes: o “dealer” que é o revendedor de apartamento, o “paiador” que é revendedor de rua, o “passador” que é o intermediário de rua e finalmente o “consumidor”. Qualquer destes intervenientes é

simultaneamente consumidor e é, através desta dinâmica e eficiente rede de distribuição que é possível a cada consumidor assegurar a sua dependência.

Deste modo, conclui-se que o dinamismo da rede de distribuição não está unicamente assente no atractivo dos ganhos nem sobre os efeitos da dependência física, mas sim no cumprimento de uma tarefa e na vinculação do toxicodependente à rede pois, só assim, é que este consegue gerir a sua dependência.

Por conseguinte, é gerindo a sua própria dependência e a da clientela com regras bem definidas, que os consumidores asseguram o consumo regular de um produto extremamente caro, pois à medida que a droga vai descendo hierarquicamente, esta vai sendo cortada e o seu preço sobe astronOMICAMENTE.

Assim, o toxicodependente vê-se obrigado a ficar inserido na rede de distribuição, numa tentativa de alcançar um nível hierárquico o mais superior possível, de forma a conseguir sobreviver com a sua dependência, ou permanecer na base da pirâmide, mantendo-se como mero consumidor, o que o leva à dependência económica extrema e consequentemente à falência financeira.

2.3. Os Cuidados de Enfermagem e a Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência

Os cuidados de enfermagem, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004), têm como foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada pessoa tem e, neste contexto procura-se, ao longo de todo o ciclo de vida,

prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades de vida diária, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente. (p. 8)

Deste modo, a promoção da reabilitação da pessoa com toxicodependência é considerada sem dúvida uma área de intervenção do enfermeiro enquanto área sensível aos cuidados de enfermagem, à qual se pretende dar ênfase neste estudo.

Este processo é extremamente importante para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros, que prestam cuidados a pessoas que estão a

vivenciar alterações marcantes relacionadas com a sua doença, os quais “na procura permanente da excelência do serviço profissional, [em que] o enfermeiro conjuntamente com o cliente desenvolve processos eficazes de adaptação aos problemas de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 14).

Assim, no cuidado à pessoa com toxicodependência o enfermeiro procura aproximar-se do seu cliente, numa busca de conhecimento do outro, baseando a relação estabelecida na comunicação e na certeza de que o toxicodependente deve ter um papel activo no seu plano de cuidados, podendo ser incentivado ao estabelecimento de um contrato terapêutico (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

Neste âmbito, constata-se que “cuidar de um toxicodependente implica [pois] conhecê-lo, ou pelo menos, procurar entendê-lo” (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000, p. 112), o que aumenta a necessidade dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, estarem cada vez mais informados e dotados de conhecimento, nomeadamente na vertente da relação de ajuda, a qual é uma competência fundamental para a prática da enfermagem, na medida em que esta é uma ciência humana, que procura conhecer as respostas humanas intersubjectivas às condições de saúde-doença (Watson, 2002).

O enfermeiro ao estabelecer relação de ajuda, visa essencialmente ajudar a pessoa a ultrapassar a situação de crise, solucionar a situação actual ou potencialmente problemática, encontrando um funcionamento pessoal mais satisfatório e um sentido para a sua existência (Lazure, 1994).

Nesta perspectiva, a relação de ajuda é “uma relação na qual o que ajuda fornece ao cliente certas condições de que ele necessita para satisfazer as suas necessidades básicas” (Brammer, 1975, citado em Lazure, 1994, p. 14).

Assim, no estabelecimento da relação de ajuda, é importante que o enfermeiro, face à intencionalidade com que intervém junto do cliente e pessoas significativas, utilize a sua formação e experiência, no sentido de entender e respeitar o outro, procurando abster-se de juízos de valor relativamente à pessoa a quem são prestados os respectivos cuidados (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Deste modo, os comportamentos e atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde influenciam negativamente a adesão do cliente, comprometendo assim o estabelecimento de uma relação de confiança.

Para construir este tipo de relação, é essencial que o enfermeiro estabeleça uma relação de parceria com o cliente, na medida em que “o encontro e os laços de confiança que se criam são os primeiros elementos que permitem cuidar a pessoa na perspectiva da saúde, na perspectiva da recuperação do equilíbrio do ser, ao longo de um percurso singular e particular” (Hesbeen, 2003, p. 75).

Após o estabelecimento da relação de parceria é possível que ambos, profissional de saúde e pessoa alvo dos cuidados, caminhem juntos num percurso comum atingível e desejável à pessoa. Cabe ao enfermeiro acompanhar a pessoa neste percurso, abordando com a mesma as diferentes possibilidades que se lhe apresentam, esclarecendo-a e, por vezes, ajudando-a a fazer uma escolha pertinente, pois a missão do prestador de cuidados é ajudar a pessoa a encontrar ou criar uma maneira de viver portadora de sentido para ela e que seja compatível com a situação em que se encontra (Hesbeen, 2003).

O enfermeiro, para poder caminhar em conjunto com a pessoa, necessita de elaborar uma avaliação diagnóstica identificando o que a pessoa sabe, o que a preocupa e as suas estratégias/capacidades, disponibilizando espaço/tempo para permitir que a pessoa verbalize o que está a sentir. Ao conhecer a pessoa e o modo como interpreta a situação de doença, o enfermeiro vai conseguir compreender melhor o cliente e desenvolver estratégias de intervenção adequadas à sua situação (Lopes, 2006).

Deste modo, uma vez que a relação de ajuda é uma relação terapêutica, o desenvolvimento desta passa por três fases distintas: fase contratual, fase activa e fase de conclusão (Bolander, 1998).

A *fase contratual*, marca o início da relação, em que o enfermeiro e o cliente fazem o acordo de agirem juntos no sentido de resolver determinado(s) problema(s). O objectivo principal desta fase é o estabelecimento da confiança entre o enfermeiro e o cliente, sendo, fundamental que o enfermeiro contacte com este com respeito e de modo não intrusivo, demonstrando consideração e compreensão pelo mesmo. Esta fase

coincide também com o início do processo de enfermagem, nomeadamente a avaliação inicial e o diagnóstico da situação (Bolander, 1998).

Na *fase activa*, o enfermeiro continua a avaliar e a explorar a informação recolhida, analisando mais aprofundadamente os sentimentos, valores e crenças do cliente. O enfermeiro dá informação ao cliente e ajuda-o a validar e a clarificar as informações transmitidas, para que se possa orientar sozinho, de modo a formular e tentar encontrar formas de resolver os seus problemas (Bolander, 1998).

Por último, a *fase de conclusão* acontece quando o trabalho do enfermeiro está a chegar ao fim, dando-se o final da relação entre o enfermeiro e o cliente. O fim da relação, apesar de ambos os intervenientes saberem que iria acontecer, pode ser marcado por sentimentos como a ansiedade, tristeza e sentimento de perda (Bolander, 1998).

Em simultâneo, é também importante que o enfermeiro desenvolva determinadas atitudes que lhe permitam manter a relação estabelecida, sendo uma delas a instauração de um contrato terapêutico com a pessoa toxicodependente, a qual deve “incluir regras e limites por forma a diminuir os níveis de ansiedade, permitindo desta forma experimentar padrões de comportamento mais adequados” (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000, p. 120).

Por outro lado, o enfermeiro deve agir respeitando a dignidade, liberdade e autonomia da pessoa, devendo adoptar atitudes como: a aceitação, o respeito, a empatia, a congruência, a escuta, a clarificação e a confrontação.

A *aceitação* é um sentimento de disponibilidade para conhecer a experiência do outro, o seu sofrimento e a sua maneira de ser sem exigência de mudança. Contudo, este processo nem sempre é fácil, implicando que o enfermeiro tenha um conhecimento de si próprio, para que consiga perceber o que em determinada situação o leva a sentir dificuldades na aceitação de determinada pessoa e a encontrar estratégias para ultrapassar essa situação. Por outro lado, o enfermeiro não necessita de aceitar todas as acções da outra pessoa, podendo ajudá-la a colocar-se em questão e a compreender o que está mal em si e na sua vida quotidiana e ainda o que gostaria que mudasse (Phaneuf, 2005).

O *respeito* pelo cliente é uma qualidade fundamental ou seja é um valor e uma atitude que são manifestadas através dos comportamentos, cabendo ao enfermeiro demonstrá-lo ao cliente que o vê como um ser único, livre e capaz, com o direito de tomar as suas próprias decisões, mesmo que necessite, em determinadas situações, de esclarecimento ou ajuda para o fazer (Lazure, 1994; Phaneuf, 2005). Só assim, o enfermeiro conseguirá incluir o cliente como participante activo nas suas intervenções e consequentemente no processo de tomada de decisão.

Por seu lado, a *empatia*, é um elemento igualmente importante na relação que o enfermeiro estabelece com o cliente, e de acordo com Phaneuf (2005),

permite um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, mas permite, ao mesmo tempo, um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda que se inclina sobre as emoções do outro, para a sua maneira de viver a dificuldade. (p. 347)

É fundamental que o cliente sinta apoio por parte dos enfermeiros, pois este facilita o desenvolvimento de uma relação de confiança entre ambos e consequentemente a adesão ao regime terapêutico e a satisfação com os cuidados que lhe são prestados.

No que respeita à *congruência*, refere a literatura que é uma característica essencial da relação de ajuda, antes de mais é fundamental que o enfermeiro seja congruente nas suas intervenções, uma vez que esta característica permite ao enfermeiro ajudar o cliente a encontrar concordância entre o que “ele vive interiormente, a consciência que tem daquilo que viveu e a expressão dessa vivência, traduzida conscientemente pelo seu comportamento” (Lazure, 1994, p. 63).

Por seu lado, a *escuta* permite ao enfermeiro identificar as percepções externas e internas do cliente, as suas emoções, necessidades e problemas, manifestando-lhe que ele é um elemento importante na sua recuperação e no desenvolvimento de um plano terapêutico (Lazure, 1994), pelo que é necessário que haja um sentimento de presença, disponibilidade e de atenção que permita à pessoa sentir-se à vontade para se expressar (Phaneuf, 2005). É também um momento muito importante para a observação do cliente, permitindo a apreensão da comunicação não verbal e complementando a informação obtida através da escuta.

Relativamente à *clarificação*, pode dizer-se que permite ao cliente compreender melhor a sua situação, os seus problemas, o que facilitará a adopção de um papel activo no seu processo de cuidados. O enfermeiro pode proporcionar espaços para que o cliente possa clarificar o que sente (Lazure, 1994).

Por último, a *confrontação*, enquanto forma de ajudar o cliente, baseia-se na empatia, no respeito e na congruência e tem como finalidade proporcionar ao cliente “novas perspectivas que o possam motivar a mudar de comportamento” (Lazure, 1994, p. 176).

Assim, conclui-se que o estabelecimento desta relação permitirá ao enfermeiro compreender as motivações do cliente, as suas percepções sobre a doença, experiências passadas, sentimentos, expectativas e os seus objectivos, o que será facilitador para a discussão, procura de alternativas, esclarecimento de dúvidas, sustentado num processo de negociação, perspectivando então a elaboração de um plano de cuidados individualizado, em conjunto com o cliente e com os restantes membros da equipa multidisciplinar (Chin, 1998, Poirier et al., 2006).

Na elaboração de um plano de cuidados é imprescindível que o cliente adira ao mesmo e que se sinta motivado para o adoptar. A adesão é definida como “uma acção auto-iniciada para a promoção do bem-estar, recuperação e reabilitação, seguindo as orientações sem desvios, empenhado num conjunto de acções e comportamentos” (International Council of Nurses, 2006, p. 81), tais como, tomar a medicação ou realizar mudanças no estilo de vida (World Health Organization, 2003).

Quando o enfermeiro presta cuidados no sentido de reabilitar o indivíduo, actua no sentido de ir ao encontro do outro ou acolher aquele que o procura, sendo para isso importante o estabelecimento de uma relação de confiança (Hesbeen, 2003).

Nesta sequência, é fundamental que os princípios inerentes à reabilitação estejam presentes nas intervenções promotoras da adesão ao regime terapêutico as quais podem dividir-se em três pontos centrais: *ensino*, através da informação sobre a origem da doença e tratamento de modo a aumentar a percepção da doença e a realçar os benefícios do tratamento; *aumento do apoio social*, pois um apoio social adequado às necessidades da pessoa facilita o ajustamento à situação de doença e ao tratamento, e por último, o *aumento da responsabilização do utente*, no sentido de favorecer um papel

activo no seu processo terapêutico e estabelecer um contrato terapêutico (Poirier et al., 2006).

Alguns exemplos destas intervenções são: escutar o cliente; elaborar um plano de cuidados simples; negociar as prioridades do tratamento com o cliente; fornecer instruções com uma linguagem clara e adequada; pedir ao cliente para repetir as instruções dadas; telefonar-lhe para avaliar o seu desempenho e reforçar a importância do tratamento; organizar o regime terapêutico de acordo com as suas possibilidades e horários; realçar a importância da adesão em todas as visitas; adequar a frequência das visitas de acordo com as necessidades de adesão deste; em todas as visitas reforçar positivamente os esforços do mesmo para aderir ao regime terapêutico; e envolver um familiar próximo (p. ex. o cônjuge) ou outra pessoa significativa neste processo (Meichenbaum e Turk, 1991, citados em Ribeiro, 2005; Poirier *et al.*, 2006, Russell *et al.*, 2006).

Ao aderir ao esquema terapêutico o cliente vê aumentadas as possibilidades de recuperar da situação de doença, considerando portanto que a adesão é um conceito inerente à reabilitação, a qual, quando relacionada com a prática de enfermagem, é definida como o diagnóstico e tratamento das respostas humanas das pessoas ou grupos que têm problemas de saúde actuais ou potenciais decorrentes da alteração da capacidade funcional ou do estilo de vida (American Nurses Association & The Association of Rehabilitation Nurses, 1988, citado em Gender, 1998).

Deste modo, a reabilitação remete-se a toda a dimensão da vida humana, tendo a importante finalidade de assegurar à pessoa incapacitada e às pessoas significativas, diferentes acções que permitam suprimir, atenuar ou ultrapassar os obstáculos geradores de desvantagem (Hesbeen, 2003).

“A reabilitação presta [assim] grandes serviços à vida; é sua missão dar mais vida ao tempo que passa” (Hesbeen, 2003, p. 54). Neste sentido, a reabilitação permite que a pessoa readquira capacidades e competências possibilitando assim, uma melhoria da perspectiva da pessoa relativamente à doença e à sua qualidade de vida. A reabilitação constitui a meta do plano que o profissional de saúde constrói com a pessoa e para a pessoa (Wirotius, 1988, citado em Hesbeen, 2003).

Nesta sequência, a reabilitação da pessoa com toxicodependência está tendencialmente presente quando a pessoa aceita a sua toxicodependência enquanto doença, com inúmeras implicações na sua vida, em termos pessoais, familiares, económicos e fisiológicos.

Assim, o enfermeiro está numa posição privilegiada para ajudar o cliente “a planear um programa razoável de cuidados, bem como ensiná-lo, e à família . . . acerca das limitações do doente e das expectativas de reabilitação” (Phipps, 2003, p. 168).

Deste modo, é perceptível a importância que o enfermeiro assume no desenvolvimento de um programa de reabilitação à pessoa com toxicodependência, participando activamente e continuamente na satisfação das necessidades do cliente, mesmo quando se relacionam com “pequenas coisas”, com vista a promover a obtenção do maior grau de independência possível e a encontrar estratégias que facilitem a adaptação do cliente à sua nova condição de saúde.

Assim, o profissional de enfermagem tem necessidade de mobilizar inúmeros conhecimentos, tempo e disponibilidade para estar com o cliente e prestar-lhe cuidados, na medida em que, no seio da equipa de reabilitação, o enfermeiro é o especialista do pormenor, mas do “pormenor de ajuda que é da maior importância para quem dele beneficia . . . que garante ao outro uma presença junto de si e que faz a diferença em cada situação vivida” (Hesbeen, 2003, p. 85).

3. Opções Metodológicas

A metodologia tem como objectivo traçar um plano de trabalho que permita ao investigador delinear um conjunto de actividades que visam responder às questões propostas no estudo de investigação.

Fortin (2003, p. 372) diz que a metodologia é o “conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica”.

Por seu lado, Fortin (2003, p.56) refere ainda que a investigação científica é “um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar resposta para questões que necessitem de uma investigação, possibilitando descrever e explicar factos, acontecimentos ou fenómenos”.

Deste modo, a enfermagem para se afirmar como ciência e arte de cuidar, precisa de uma amplitude de conhecimentos consistentes e de teorias essenciais que possibilitem conhecer a complexidade das experiências humanas relativamente à saúde e à doença, de forma a guiarem as intervenções dos enfermeiros para a qualidade dos cuidados (Hesbeen, 2003).

Assim, uma vez que este estudo teve como objectivo conhecer as vivências dos enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína em processo de reabilitação, optou-se por realizar um estudo de paradigma qualitativo e abordagem fenomenológica, a qual segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001, p. 125), é “particularmente bem adequada ao estudo da experiência humana sobre saúde, uma preocupação fundamental da ciência de enfermagem”.

Esta abordagem abrange a pessoa na sua globalidade, valorizando a compreensão das experiências humanas e o seu significado e explora “todas as dimensões de singularidade humana que podem ajudar o pesquisador a entender o sentido da experiência para o participante” (Lobiondo-Wood e Haber, 2001, p. 123).

Face ao exposto passam a referir-se as diferentes opções de ordem metodológica.

3.1. Tipo de Estudo

A ciência é por hábito apenas algo quantificável, sendo constantemente representada por medições e análises, que têm como finalidade a explicação de uma determinada situação.

No entanto, mais recentemente, os cientistas têm sentido necessidade de explicarem os fenómenos humanos, que se encontram imersos nas ciências sociais pois, a evidente incapacidade de medir quantitativamente e a insatisfação constante com os resultados da medição sobre os aspectos dos valores, cultura e relações humanas conduziram os investigadores a adoptarem a abordagem qualitativa, de forma a ser possível produzir conhecimento sobre os fenómenos humanos (Streubert e Carpenter, 2002).

Numa realidade humana como a enfermagem, é necessário que os enfermeiros adoptem uma tradição de investigação, que proporcione os modos mais significativos de descrever e compreender as experiências humanas (Streubert e Carpenter, 2002).

Os métodos qualitativos têm certas características comuns, no entanto, nem todos perseguem os mesmos objectivos. Os investigadores qualitativos têm enfatizado seis características importantes neste tipo de estudos, das quais se destaca a crença em diversas realidades (Streubert e Carpenter, 2002).

Os investigadores comprometidos com a investigação qualitativa não procuram apenas uma verdade, isto porque as pessoas que participam no estudo compreendem e vivem o fenómeno de diversas formas, existindo por isso múltiplas realidades para o fenómeno em estudo.

Outra característica fundamental para a realização de um estudo qualitativo é o comprometimento com o reconhecimento de uma abordagem para compreender o fenómeno estudado (Streubert e Carpenter, 2002).

Assim, verifica-se que a descoberta determina a escolha do método, isto é, consoante os resultados que os investigadores obtêm, percebem a necessidade de utilizar mais do que uma abordagem qualitativa ou do que uma estratégia de colheita de dados de modo a alcançarem a compreensão do fenómeno.

Por seu lado, o comprometimento com o ponto de vista do participante, é outra característica da investigação qualitativa, através da qual os investigadores permitem que os participantes no estudo revelem as suas histórias e experiências sobre o fenómeno, utilizando as suas próprias palavras, pois a finalidade deste tipo de investigação é “fornecer uma visão da realidade mais importante para os participantes no estudo do que para os investigadores” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 18).

Assim, para que isto aconteça, os investigadores utilizam como métodos de colheita de dados a entrevista não estruturada, funcionando os investigadores como co-participantes no estudo, na descoberta e compreensão das realidades do fenómeno estudado (Streubert e Carpenter, 2002).

Outra característica da investigação qualitativa é a realização da pesquisa de modo a não adulterar o contexto natural dos fenómenos estudados. Isto implica que os investigadores desenvolvam o estudo dando liberdade aos participantes para verbalizarem a sua experiência, sem a interferência do investigador, embora se saiba que a inclusão do investigador no contexto do estudo para a realização da entrevista de alguma forma pode influenciar os participantes (Streubert e Carpenter, 2002).

Neste tipo de estudo, a participação do investigador no estudo que está a ser realizado, constitui outra das características da investigação qualitativa, o que implica a consciência e a aceitação por parte dos participantes de que o investigador é parte integrante do estudo. Assim, o investigador é observador, entrevistador e interpreta vários aspectos da investigação. Estas características potencializam a riqueza do estudo, quer na colheita quer na análise de dados (Streubert e Carpenter, 2002).

Outro aspecto fundamental na investigação qualitativa é que o rigor é determinado pelos participantes do estudo.

A “compreensão do fenómeno relatando-o de forma literária e incluindo os comentários dos participantes” é a última característica enunciada pelos investigadores (Streubert e Carpenter, 2002, p. 18).

Pode então dizer-se que, qualquer que seja a abordagem utilizada, o investigador qualitativo apresenta os resultados do estudo numa forma literária, isto é, utilizando as experiências relatadas pelos participantes, através da utilização de citações, comentários

e histórias, enriquecendo assim “o relatório e a compreensão das interacções sociais experimentadas pelos participantes (Streubert e Carpenter, 2002, p. 20).

Assim, de acordo com Streubert e Carpenter (2002, p. 20), estas seis características

orientam os investigadores qualitativos numa jornada de descoberta e participação. Fazer investigação qualitativa é semelhante a ler uma boa novela. Quando conduzida no espírito de filosofia que a suporta, a investigação qualitativa é rica e recompensadora, deixando o investigador com desejo de compreender mais o fenómeno de interesse.

Por seu lado, Fortin (2003, p. 22), afirma que “o objectivo desta abordagem de investigação utilizada para o desenvolvimento do conhecimento é descrever ou interpretar, mais do que avaliar” assim, o investigador que opta por utilizar o método de investigação qualitativa, está preocupado em compreender totalmente e profundamente o fenómeno em estudo.

Neste âmbito, a investigação qualitativa tem como finalidade “compreender o fenómeno segundo a perspectiva dos sujeitos, onde as observações são descritas principalmente sob a forma narrativa” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 371).

Como o presente estudo tem como objectivo conhecer a vivência dos enfermeiros face ao processo de reabilitação da pessoa com toxicod dependência de heroína e/ou cocaína, o autor entendeu que o método qualitativo era o que melhor respondia a este estudo de investigação, devido ao facto de permitir aprofundar o fenómeno vivenciado, baseado na experiência individual de cada participante, apresentando assim, como finalidade, a descrição das percepções individuais no sentido de conhecer a “realidade do ponto de vista das pessoas que a vivem” (Fortin, 2003, p. 149)

Assim, o presente estudo fenomenológico tem carácter exploratório-descritivo, pois “os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação” (Fortin, 2003, p. 137-138).

O método exploratório pressupõe que exista um estudo de investigação acerca do significado que um determinado acontecimento de vida tem no comportamento de quem o vive, método que pode ser utilizado quando o investigador pretende compreender a significação dada a um acontecimento ou a um fenómeno na perspectiva dos participantes (Fortin, 2003).

Por seu lado, o método descritivo tem por finalidade descobrir relações que antecedem os estudos de associação que visam a exploração e a explicação de relações entre os fenómenos, ou seja, tem como objectivo discriminar os factores determinantes ou conceitos que, eventualmente, possam estar associados ao fenómeno em estudo (Fortin, 2003).

A utilização de um desenho exploratório-descritivo permite descobrir múltiplas dimensões daquilo que a pessoa experimenta (por ex., situações de sofrimento, doença) (Fortin, 2003), permitindo explorar conceitos e descrever experiências, como é o caso das vivências dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com toxicodependência.

Assim, a fenomenologia procura “descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem” (Van Maanen, 1990, cit. em Fortin, 2003, p. 148), indo desta forma ao encontro dos objectivos do estudo.

Constata-se deste modo, que a fenomenologia é uma ciência que tem como objectivo descrever determinado fenómeno ou a aparência das coisas enquanto experiências vividas, sendo uma investigação rigorosa, crítica e sistemática de um fenómeno. Neste sentido, é possível aceder à intersubjectividade inerente à forma como cada sujeito vive e sente o impacto de determinado fenómeno (Streubert e Carpenter, 2002).

De seguida apresenta-se outra etapa importante do estudo – a amostra e os seus critérios de selecção.

3.2. Amostra

Na pesquisa fenomenológica, a amostra intencional não probabilística é a que mais se utiliza, pois “este método de seleccionar indivíduos para participarem num estudo baseia-se no seu conhecimento específico de um determinado fenómeno, com a finalidade de partilhar esse conhecimento” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 66).

Patton (1990), citado em Streubert e Carpenter (2002) diz que

a lógica e o poder da amostra intencional está na selecção de casos ricos de informação para estudar em profundidade. Os casos ricos de informação são aqueles a partir de quem se pode aprender muito de assuntos de importância central para a finalidade da investigação. (p. 66)

Como o objectivo deste tipo de estudo é explorar e descrever fenómenos, uma amostra pequena é suficiente para se obterem as informações necessárias sobre o fenómeno em estudo (Fortin, 2003).

Nesta sequência, foi proposta a inclusão de 4 participantes que se encontrassem dentro dos critérios de inclusão seguintes:

- Enfermeiros de ambos os sexos que exercessem a sua actividade profissional há mais de um ano numa Equipa de Tratamento de pessoas com toxicodependência;

- Enfermeiros que prestassem cuidados de enfermagem a pessoas consumidoras de heroína e/ou cocaína de ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 25 e os 44 anos.

A amostra seleccionada permitiu recolher dados relativamente às vivências dos enfermeiros, tendo-se obtido uma descrição rica e densa do fenómeno em estudo, ou seja, começou a ocorrer a repetição de dados, concluindo-se que os participantes já não iriam acrescentar mais dados novos ao estudo. Assim, aquando da realização da terceira entrevista, o autor do trabalho constatou que a saturação de dados tinha sido atingida, o que o levou a decidir ficar com uma amostra de 3 participantes.

Para além da amostra, é importante seleccionar procedimentos de colheita e análise de dados, aspectos que passam a abordar-se.

3.3. Procedimentos da Colheita e Análise de Dados

A entrevista é um modo particular de comunicação verbal que se estabelece entre o investigador e os participantes. O autor optou por utilizar a entrevista, uma vez que na investigação qualitativa e abordagem fenomenológica o investigador deve ajudar o participante a descrever as experiências vividas, sem liderar a conversa, seguindo o seu raciocínio, utilizando para isso perguntas clarificadoras, isto é, questões abertas, ou seja, de resposta livre (Streubert e Carpenter, 2002; Fortin, 2003).

Por outro lado, durante a entrevista os “entrevistadores podem esclarecer perguntas compreendidas de forma errada e observar o nível de entendimento e cooperação da pessoa que responde”, o que constitui uma vantagem deste método de recolha de dados (LoBiondo-Wood e Haber, 2001, p. 181).

Nesta sequência, o método de colheita de dados selecionado foi a entrevista não estruturada, a qual foi efectuada aos enfermeiros que prestavam cuidados a pessoas com toxicodependência e que se encontravam dentro dos critérios de selecção da amostra previamente definidos.

Na entrevista não estruturada o entrevistador utiliza “um guião com grandes linhas dos temas a explorar, sem indicar a ordem ou a maneira de colocar as questões” (Fortin, 2003, p. 247). Desta forma, elaborou-se um guião com questões gerais e orientadoras dos temas a abordar, de modo a estimular o pensamento livre dos participantes, o qual contemplou as perguntas seguintes:

- ✓ No âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.
- ✓ Descreva as intervenções que realizou nessa situação?
- ✓ Actualmente considera que as intervenções que realizou foram adequadas ou interviria de outra forma?
- ✓ Quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicodependente de heroína e/ou cocaína?

As questões atrás referidas foram submetidas a um pré-teste, o qual teve como finalidade validar a eficácia e a pertinência das questões colocadas, ou seja, confirmar a sua clareza de forma a confirmar se as respostas às questões não criavam relutância e se permitiam obter um depoimento rico. A elaboração do pré-teste também permitiu que o investigador treinasse a entrevista.

De acordo com Fortin (2003, p. 246), o pré-teste “colocará em evidência os problemas na formulação das questões, na sua sequência e na maneira de registar as respostas”.

Aquando da realização do pré-teste, o autor do trabalho constatou que a formulação e sequência das questões colocadas conduziram o participante a centrar-se numa situação específica, descrevendo as actividades e limitações decorrentes dessa experiência, não se obtendo um depoimento rico.

Assim, com a finalidade de permitir aos participantes falarem de uma forma abrangente acerca das suas vivências as questões foram reformuladas e reordenadas da seguinte forma:

- ✓ Descreva as intervenções que como enfermeiro, desenvolve com as pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína?
- ✓ Quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicodependente de Heroína e/ou Cocaína?
- ✓ No âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.
- ✓ Reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Foi realizado um segundo pré-teste, através do qual se verificou que o participante desenvolveu um depoimento rico e centrado nos objectivos da entrevista, tendo-se então considerado esse pré-teste como válido para a colheita e análise de dados.

As entrevistas que se realizaram aos três participantes que integraram a amostra, tiveram a duração aproximada de 40 minutos, foram áudio gravadas e posteriormente transcritas, para que fosse assegurado o rigor da colheita de dados, a qual ocorreu “até o investigador acreditar que a saturação foi alcançada” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 67).

Desta forma, foi possível ao autor escutar as gravações dos depoimentos enquanto este lia as transcrições, não se perdendo os dados, permitindo também familiarizar-se com fenómeno em estudo.

Na etapa de colheita de dados inicia-se também a análise dos mesmos, pois, segundo Streubert e Carpenter (2002, p. 68), “a partir do momento em que os investigadores comecem a ouvir as descrições de um determinado fenómeno, a análise está ocorrendo”.

Esta fase permite à pessoa que realiza um estudo conhecer os dados colhidos e posteriormente interpretá-los, pois “é após a análise dos dados que o investigador junta

as peças finais do quebra-cabeças para ter uma visão total do quadro com um olhar crítico” (Lobiondo-Wood e Haber, 2001, p. 223).

Neste âmbito, é de referir que análise de dados ocorreu através da audição das descrições verbais dos participantes e continuou com a leitura das transcrições dos verbatins (Streubert e Carpenter, 2002). “À medida que os investigadores se tornam imersos nos dados, podem identificar e extrair declarações significativas”, transcrevendo essas declarações para fichas de forma a facilitar o processo posterior (Streubert e Carpenter, 2002, p. 69).

A intenção da análise de dados segundo Banonis (1989, citado em Streubert e Carpenter, 2002, p. 69), é “preservar o que é único em cada experiência de vida do participante e permitir uma compreensão do fenómeno em estudo”.

Após a análise das entrevistas foi efectuada a validação do seu conteúdo e, para o efeito, o autor retornou ao local da realização das entrevistas, onde se encontrou com os enfermeiros incluídos na amostra, tendo-lhes pedido para procederem à validação dos respectivos depoimentos. Os enfermeiros não alteraram nem acrescentaram nenhum dado, pelo que não houve novos dados a incluir na descrição inicial do fenómeno.

Concluída a fase de colheita de dados efectuou-se a sua análise e para o efeito utilizou-se o método descritivo preconizado por Jean Watson (2002, p.137), o qual “consiste em descrever ou explicar experiências na linguagem da experiência”.

Assim, este método permitiu compreender e descrever as experiências humanas, as quais “podem incluir um fenómeno como o do cuidar, mas também experiências relacionadas com a saúde humana e condições de doença” (Jean Watson, 2002, p. 137).

Este método, descritivo empírico da pesquisa fenomenológica adopta três fases importantes:

1. O Investigador obtém descrições ingenuas de outras pessoas acerca das suas experiências de um dado fenómeno;
2. O investigador deduz as essências usando os métodos descritivos e redutivos, no qual tenta compreender as várias formas com que uma experiência se apresentou a si mesma;

-
3. O pesquisador tenta encontrar uma descrição objectiva das variações objectivas obtidas. (Jean Watson, 2002, p. 141-142)

De acordo com o método descritivo que foi utilizado, a chave para a fenomenologia é a necessidade de se ter em conta a forma como o mundo é experienciado, o que implica que se realize a redução fenomenológica. Esta consiste num “esforço sistemático para trazer a atitude natural para o enfoque, através da consideração não só do que é experienciado, mas como é experienciado” (Jean Watson, 2002, p. 140), a qual é realizada com o recurso às duas fases seguintes:

1. A experiência é colocada entre parêntesis/suspensa/considerada como uma aparência.
2. O fenómeno da experiência é imaginativamente variada para obter a característica não variante do fenómeno – para discutir a estrutura necessária da experiência ou a essência do fenómeno.

(Jean Watson, 2002, p. 141)

A partir das descrições obtidas para se efectuar a análise e a interpretação dos dados, Jean Watson (2002), fornece cinco etapas seguintes:

1. Ler através de cada protocolo para ter uma visão do geral;
2. Dividindo o protocolo em “unidades de significação” ou constituintes, conforme expresso pelo sujeito, marcando o protocolo cada vez que uma descrição é compreendida no significado. Fazer a pergunta “será que isto diz algo diferente do prévio, com respeito ao tema?”;
3. Interrogando cada unidade de significação pela sua relevância psicossocial do cuidar.
4. Reduzindo as unidades de significação às que caracterizam a experiência. (levar a termo uma “variação imaginativa livre” em cada uma, para verificar que estas declarações capturam a essência dessa situação).
5. Integrando as declarações em estruturas, sintetizando-as num todo integrado que engloba a estrutura dessas experiências de aprendizagem de tal forma que poderia ser comparada com estruturas derivadas de outras situações.

(p. 142-143)

O relacionamento entre as declarações significativas e a descrição exaustiva do fenómeno constitui a fase final da análise de dados e é essencial identificar como as declarações ou os temas centrais emergem e estão relacionados entre si, para se obter uma descrição final compreensiva e exaustiva (Streubert e Carpenter, 2002).

Após a análise de dados segue-se a revisão da literatura, para ser adquirida uma descrição pura do fenómeno em investigação, evitando-se ideias pré-concebidas que possam influenciar a investigação (Streubert e Carpenter, 2002).

Desta forma, “uma vez que a análise de dados esteja completa, os investigadores revêem a literatura para colocar os resultados dentro do contexto do que já é conhecido sobre o assunto” (Streubert e Carpenter, 2002, p. 70).

Neste estudo, foi efectuada uma reflexão prévia sobre o fenómeno de forma a justificar a necessidade de realizar a investigação, pesquisando posteriormente bibliografia capaz de fundamentar os resultados que emergiram das entrevistas através da análise de dados.

3.4. Aspectos Éticos

Em todas as investigações é necessário considerar a totalidade das vertentes que vão ser investigadas. Presentemente e cada vez mais, todos os profissionais de saúde se vêm confrontados com os mais variados e complexos dilemas éticos.

Numa sociedade onde os saberes e os limites da ciência são cada vez maiores e mais divulgados, é necessário salientar a evolução da consciência ética e moral dos profissionais de saúde como da população em geral.

A ética no seu sentido mais lato é “a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta [podendo igualmente definir-se como] o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta” (Fortin, 2003, p. 114).

Existem determinados princípios éticos que delimitam uma investigação, traduzindo-se na aplicação de valores ao desenvolvimento de um método científico. Desta forma, a determinação do problema a investigar deve ter em conta os objectivos que delineiam a investigação, o material, os métodos e a exactidão dos resultados.

Na realização de um estudo cujos participantes são pessoas, o investigador tem de ter “todas as precauções para proteger as pessoas que estão sendo estudadas de dano físico e mental ou constrangimento” (Lobiondo-Wood e Haber, 2002, p. 157), para o qual é necessário o máximo cuidado para assegurar que os seus direitos estão protegidos.

Assim, de acordo com Fortin (2003, p. 116) foram tidos em consideração os:

cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos (...) determinados pelos códigos de ética: o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à protecção contra o desconforto e o prejuízo e, por fim, o direito a um tratamento justo e leal.

Os cinco princípios considerados pelos Códigos de Ética numa investigação, são os seguintes:

- ✓ Auto-determinação: baseia-se “no princípio ético do Respeito, segundo o qual, qualquer pessoa é capaz de decidir por ela própria e tomar conta do seu próprio destino” (Fortin, 2003, p. 116). Assim, assume-se a autonomia do indivíduo como algo inevitável impelindo-o a decidir-se voluntariamente se participa ou não no estudo. Outro aspecto que não se pode descurar, é o direito do indivíduo em se retirar do estudo em qualquer momento sem ter que justificar o porquê, não lhe causando qualquer prejuízo ou penalidade.
- ✓ Intimidade faz referência à “ liberdade da pessoa de decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas” (Fortin, 2003, p. 117). Desta forma, o anonimato e a confidencialidade do indivíduo encontram-se salvaguardados pelo investigador ao longo de todo o estudo.
- ✓ Anonimato e Confidencialidade: prevê que, durante a realização do estudo e divulgação dos resultados os dados pessoais do participante no estudo encontram-se codificados, sendo apenas conhecida essa codificação pelo investigador e por um número restrito de indivíduos. Desta forma, os dados do participante no estudo ao serem consultados por pessoas não conhecidas, nunca serão relacionados ao mesmo.

-
- ✓ Protecção contra o Desconforto e Prejuízo: corresponde ao conjunto de “regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Este direito é baseado no princípio do “benefício”” (Fortin, 2003, p. 118). Os princípios, têm como finalidade, a prevenção do desconforto e a promoção do bem-estar da pessoa e dos que a rodeiam.
 - ✓ Tratamento Justo e Equitativo: para que este direito seja assegurado, os indivíduos devem ser informados de forma justa e honesta sobre a natureza, a finalidade e a duração da investigação, assim como a metodologia utilizada.

(Fortin, 2003).

Para que um indivíduo participe num estudo de investigação, deve dar o seu consentimento informado. Entendendo-se que existe consentimento informado, quando a pessoa em causa aceita participar, é capaz de compreender as informações necessárias para a realização do estudo e, é detentor do poder da livre escolha, estando habilitado para voluntariamente consentir ou recusar participar no estudo (Polit e Hungler, 1995), não sendo utilizada para tal “indução indevida, nem qualquer elemento de força, subterfúgios, engano, coerção ou outras formas de sujeição ou coacção” (Lobiondo-Wood e Haber, 2001, p. 123).

Para que tal ocorresse, o autor deste trabalho informou os participantes sobre o estudo que estava a ser desenvolvido, objectivos e informação que se pretendia obter, evitando deste modo que estes se sentissem pressionados ou obrigados a participar no estudo, tendo o autor do trabalho elaborado para o efeito um consentimento informado no qual constavam os objectivos do estudo (Apêndice 3),

Foi ainda elaborada uma carta a solicitar autorização para a realização da recolha de dados na Equipa de Enfermagem em que se colheram os dados (Apêndice 2).

4. Interpretação de Dados

Terminada a colheita de dados e a transcrição dos mesmos, seguiu-se a sua interpretação, a qual permitiu atingir os objectivos delineados para a realização deste estudo. Os dados encontrados foram contextualizados com a literatura, de forma a dar-lhes significado e relevância. Neste capítulo apresentam-se apenas os temas, as essências e as unidades de significação, as transcrições integrais das entrevistas estão apresentadas em apêndice (Apêndices 4, 5 e 6).

Através do sentido das unidades de significação foram identificados pelo autor os temas e as essências seguintes:

- Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação:
 - ✓ Recolha de dados;
 - ✓ Relação de ajuda;
 - ✓ Técnicas de ajuda;
 - ✓ Procedimentos;
 - ✓ Informação para a saúde.
- Intervenções Face ao Processo de Reabilitação:
 - ✓ Trabalho em equipa.
- Limitações no Processo de Reabilitação:
 - ✓ Reinserção social.
- Limitações nas Intervenções de Enfermagem:
 - ✓ Autónomas e Interdependentes;
 - ✓ Formação ao longo da vida.

Nesta sequência, passa a apresentar-se a interpretação dos dados, tendo em conta cada um dos temas e as essências a eles correspondentes. Como forma de sistematizar e facilitar a compreensão dos dados obtidos, no capítulo seguinte é apresentada a síntese diagramática dos mesmos.

4.1. Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação

No tema “Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação” foram identificadas as cinco essências: “Recolha de dados”; “Relação de Ajuda”; “Técnicas de Ajuda”; “Procedimentos”; “Informação para a Saúde”, as quais passam a apresentar-se.

4.1.1. Recolha de Dados

Quadro 4.1 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: **Recolha de Dados**

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Recolha de Dados	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E1: 3) - . . . identificar . . . o conjunto de problemáticas, que a pessoa tem e que são causa do seu mal-estar . . .</p> <p>(E1: 8) - . . . fazer a prevenção da recaída acompanhando com regularidade em consultas de enfermagem, que permitam perceber como é que as coisas têm evoluído, que dificuldade é que tem sentido . . .</p> <p>(E1: 14) - Quando há uma recaída, perceber que acontecimentos houve na vida dessa pessoa . . . que o levaram novamente a consumir . . .</p> <p>(E2: 24) - . . . este rastreio, esta avaliação médica onde os enfermeiros também participam é muito importante desde o início.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação de problemáticas que causam mal-estar; • Dificuldades sentidas; • Perceber os acontecimentos que houve; • Rastreio; • Observar; • Sintomas e queixas; • Conhecimento aprofundado da situação;

(continua)

Quadro 4.1 - (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Recolha de dados	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E2: 26) - O enfermeiro em termos de programa de substituição, . . . acaba no fundo por estar a observar o indivíduo . . .</p> <p>(E2: 36) - Os utentes também nos procuram sobre . . . pequenos problemas que sintam, . . . nódulos, . . . febres, . . . sintomas respiratórios, pequenas feridas, entorses . . . e nós mediante o tempo disponível, . . . procuramos ajudar . . .</p> <p>(E2: 48) - . . . fiquei . . . incumbido de gerir esse processo . . . falar um bocado sobre como era o dia dele, como é que ele geria o dia, quando é que ia consumir, . . . no fundo perceber as actividades de vida diárias do indivíduo.</p> <p>(E3: 58) - . . . às vezes na entrevista de acolhimento . . . exploramos os consumos que a pessoa teve até ai, a história de consumos, a história pessoal . . . a história médica . . .</p> <p>(E3: 61) - Caso haja consumos tentamos explorar com a pessoa o motivo pelo qual ocorreu . . .</p> <p>(E3: 63) - Os utentes dos quais nós somos terapeutas de referência, . . . delineamos esse projecto, vemos as necessidades do utente mais abrangentes, . . . fazemos uma avaliação global do utente.</p> <p>(E3: 64) - . . . quando o utente está com alta programada pelo médico . . . avaliamos o utente semanalmente, . . . avaliamos como é que o utente se sente.</p> <p>(E3: 65) - Na utente mãe, . . . avaliamos também as necessidades que as crianças poderão ter, . . . para que sejam feitos os procedimentos necessários para que a criança tenha uma resposta adequada . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explorar o motivo do consumo; • Avaliação mais global; • Identificação de necessidades.

Através da análise dos dados colhidos encontrou-se a essência “**Recolha de dados**” que foi incluída no tema “**Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação**”.

A recolha de dados, ou colheita de dados, é enunciada pela Ordem dos Enfermeiros como uma competência do enfermeiro de cuidados gerais na área da prestação de cuidados. Assim, o enfermeiro “efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem” e “analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão” (Ordem dos Enfermeiros, 2004, p. 29).

Por seu lado, Phaneuf (2005), refere-se à recolha de dados como a entrevista de colheita de dados, a qual inclui um processo de observação da pessoa e de questionamento da mesma. A observação contribui para complementar a colheita de dados que são obtidos através da entrevista, uma vez que o enfermeiro, através da postura e comportamento do indivíduo, tenta perceber a motivação e a adesão do cliente ao tratamento, aspecto que foi referido na seguinte unidade de significação:

(E2: 26) – “O enfermeiro em termos de programa de substituição, . . . acaba no fundo por estar a observar o indivíduo . . .”

Este tipo de entrevista procura, através de uma comunicação profissional entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida ou pessoa de referência, “compreender os detalhes do seu problema de saúde e do contexto no qual este problema se situa a fim de conseguir planificar cuidados apropriados” (Phaneuf, 2005, p. 265).

Quando o alvo dos cuidados de enfermagem é a pessoa com toxicodependência, os dados a recolher passam por conhecer, entre outros, a história pessoal, a idade, a aparência e estado físico, o estado mental e afectivo, a qualidade das relações com o meio, os comportamentos e linguagem, a capacidade funcional e de adaptação, medicação que faz no domicílio, a necessidade de conhecimentos, experiências anteriores de cuidados de saúde e as características do consumo (Morel, Hervé e Fontaine, 1998; Phaneuf, 2005).

Através dos dados que foram recolhidos e sua apreciação. É então possível efectuar uma avaliação global da situação da pessoa com toxicodependência, o que permite delinear um plano de cuidados direccionado e centrado na pessoa. Aspecto que

emergiu nos depoimentos dos participantes do presente estudo e que está evidente nas unidades de significação seguintes:

(E1: 3) – “. . . identificar . . . o conjunto de problemáticas, que a pessoa tem e que são causa do seu mal-estar . . .”

(E1: 14) – “Quando há uma recaída, perceber que acontecimentos houve na vida dessa pessoa . . . que o levaram novamente a consumir . . .”

(E2: 48) – “. . . fiquei . . . incumbido de gerir esse processo . . . falar um bocado sobre como era o dia dele, como é que ele geria o dia, quando é que ia consumir, . . . no fundo perceber as actividades de vida diárias do indivíduo.”

(E3: 58) – “. . . às vezes na entrevista de acolhimento . . . exploramos os consumos que a pessoa teve até ai, a história de consumos, a história pessoal . . . a história médica . . .”

(E3: 63) – “Os utentes dos quais nós somos terapeutas de referência, . . . delineamos esse projecto, vemos as necessidades do utente mais abrangentes, . . . fazemos uma avaliação global do utente.”

(E3: 65) – “Na utente mãe, . . . avaliamos também as necessidades que as crianças poderão ter, . . . para que sejam feitos os procedimentos necessários para que a criança tenha uma resposta adequada . . .”

Face ao exposto, verifica-se que, apesar da recolha de dados ser efectuada de forma contínua ao longo da prestação de cuidados, no momento da avaliação inicial, a sua realização é imprescindível para se conhecerem as necessidades mais prementes e delinear diagnósticos e estratégias de intervenção.

Neste âmbito, considera-se que a avaliação no momento do acolhimento deve responder a questões como: “Qual é o pedido e o projecto realizável?; Quais são as necessidades imediatas e as condições necessárias à realização do projecto?; Quais são os riscos da mudança desejada e os obstáculos que se lhe opõem?” (Morel, Hervé e Fontaine, 1998, p. 222).

Entende-se assim que é importante conhecer o que a pessoa com toxicod dependência realmente quer, se encara o pedido de desintoxicação como uma

perspectiva imediata ou futura, se é uma pausa, ou uma tentativa de resolver os seus problemas e conflitos.

Para além do que se referiu anteriormente, é preciso ainda “aplicar-se a fazer um balanço dos recursos psicológicos, relacionais e sociais do doente, a fim de examinar com ele as suas necessidades imediatas eventuais e os aspectos das mudanças a operar desde antes o empreendimento da desintoxicação” (Morel, Hervé e Fontaine, 1998, p. 222).

O enfermeiro quando cuida da pessoa com toxicodependência procura ajudá-la a clarificar o seu percurso de consumos, explorando as soluções de reabilitação já tentadas e procura projectar o futuro desejado, explorando as limitações à mudança com que o indivíduo se depara ao longo do seu percurso de reabilitação, para que assim, em conformidade com a pessoa de quem cuida, consiga estabelecer um caminho, orientando-o e aconselhando-o ao longo deste.

No entanto, em qualquer fase do percurso do tratamento ou do acompanhamento à pessoa com toxicodependência é importante redefinir o caminho com o indivíduo repensando e reestruturando os objectivos e metas (Morel, Hervé e Fontaine, 1998). Exemplos deste percurso estão explícitos nas seguintes unidades de significação:

(E1: 8) – “. . . fazer a prevenção da recaída acompanhando com regularidade em consultas de enfermagem, que permitam perceber como é que as coisas têm evoluído, que dificuldade é que tem sentido . . .”

(E3: 61) – “Caso haja consumos tentamos explorar com a pessoa o motivo pelo qual ocorreu . . .”

(E3: 64) – “. . . quando o utente está com alta programada pelo médico . . . avaliamos o utente semanalmente, . . . avaliamos como é que o utente se sente.”

Outro aspecto importante, no que diz respeito à recolha de dados, está relacionado com a participação de uma equipa multidisciplinar no cuidado à pessoa com toxicodependência, pois a toxicodependência têm implícitos múltiplos factores que, para além da intervenção dos enfermeiros, requerem, entre outros, a intervenção de médicos, assistentes sociais, psicólogos (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Porém, para que da relação entre todos os profissionais se obtenham ganhos, é essencial que a sua articulação seja pensada e coordenada, para que assim se consiga conhecer o indivíduo na sua totalidade e individualidade (Morel, Hervé e Fontaine, 1998). O aspecto anteriormente referido está expresso nas seguintes unidades de significação:

(E2: 24) – “. . . este rastreio, esta avaliação médica onde os enfermeiros também participam é muito importante desde o início.”

(E2: 36) – “Os utentes também nos procuram sobre . . . pequenos problemas que sintam, . . . nódulos, . . . febres, . . . sintomas respiratórios, pequenas feridas, entorses . . . e nós mediante o tempo disponível, . . . procuramos ajudar . . .”

Assim, os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à pessoa com dependência de heroína e/ou cocaína **recolhem dados** como forma de se apropriarem da dimensão e complexidade da pessoa de quem cuidam, procurando conhecer o motivo do consumo, os acontecimentos que a pessoa viveu antes e durante o processo de reabilitação actual e as necessidades e dificuldades da pessoa com toxicodependência. A importância destas informações é fulcral para que todas as intervenções desenvolvidas sejam adequadas à pessoa e ao que ela espera e necessita.

4.1.2. Relação de Ajuda

Quadro 4.2 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: **Relação de ajuda**

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Relação de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E1: 1) - . . . as intervenções . . . têm sido, fundamentalmente, na vertente da desabilitação física . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Apoio na vertente da na desabilitação física;

(continua)

Quadro 4.2 - (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Relação de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E1: 2) - apoio e . . . ajuda na sintomatologia da desabituação física e de uma relação de ajuda, . . . ajudar e apoiar . . . na reposição de um projecto de vida . . .</p> <p>(E1: 4) - . . . ajudar a pessoa a reequacionar, a perceber, a definir estratégias . . . relativamente aos aspectos da sua vida em que existem fragilidades . . .</p> <p>(E1: 7) - . . . ajudar a promover a autonomia que a pessoa necessita, . . . ajudá-la a identificar as suas fragilidades, também, ao nível da prevenção da recaída . . .</p> <p>(E1: 10) - . . . é importante ajudar a pessoa a encontrar outros prazeres na vida, outras motivações, . . . outras actividades, outras relações que vão para além da relação com a substância.</p> <p>(E1: 12) - . . . ajudar a pessoa a manter-se sem consumir.</p> <p>(E1: 15) - . . . ser capaz de ouvir, de escutar, de perceber, de criar empatia com o outro, relação de confiança, . . . de alguma assertividade no processo.</p> <p>(E1: 17) - . . . sentimento de alguma impotência, alguma frustração de não ter capacidade de resolver a questão de uma forma mágica, . . . às vezes basta escutar, basta ouvir, basta ajudar a reflectir algumas questões . . .</p> <p>(E2: 21) - Terapeuta de referência, . . . um gestor de caso, uma pessoa que vai acolher aquele indivíduo, . . . e por norma vai ficar a gerir as necessidades daquele indivíduo, . . . vai ajudá-lo a fazer um percurso de reabilitação ou reinserção . . .</p> <p>(E2: 25) - . . . o terapeuta de referência acaba por ajudar a pessoa a fazer . . . o seu trajecto de tratamento e reabilitação, que tem avanços e retrocessos . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajuda na identificação da sintomatologia da desabituação física; • Ajudar a reequacionar • Ajudar a promover a autonomia; • Ajudar a identificar fragilidades; • Ajudar a encontrar outros prazeres; • Ajudar a manter-se sem consumos; • Ouvir; • Escutar; • Assertividade; • Ajudar a fazer o percurso de reabilitação ou reinserção; • Ajudar a fazer o trajecto de tratamento e reabilitação; • Conhecer a pessoa; • Confiança; • Confidências; • Disponibilidade;

(continua)

Quadro 4.2 - (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Relação de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E2: 40) - . . . as experiências de vida que muitos deles têm são relatadas, muitas vezes, fornecem-nos . . . pontos de apoio para perceber como é que os podemos ajudar . . .</p> <p>(E2: 42) - Vemos a pessoa como um todo e singular, . . . quando olhamos para o indivíduo vemos o todo e não só, aquele momento da administração e só dar o fármaco.</p> <p>(E2: 46) - . . . foi com o contacto diário que me permitiu ir conhecendo aquela pessoa . . . a pouco e pouco me foi confidenciando algumas situações . . .</p> <p>(E2: 47) - . . . a nossa intervenção . . . pode durar 20 segundos, como pode demorar 5 minutos . . . a maior parte dos contactos no início eram os 20 segundos, com o tempo foi aumentando . . . começou a confiar mais, a falar um pouco mais . . . de si, . . . da sua problemática . . .</p> <p>(E2: 49) - Depois dessa colaboração, . . . fomos também de alguma maneira, balançar e perceber quais as vantagens que ele tinha . . . em não consumir ou que poderia ter em não consumir cocaína e as que teria em consumi-la . . .</p> <p>(E2: 50) - . . . fui falando com ele, . . . fomos percebendo o que é que o poderia ajudar a parar e depois a manter-se parado.</p> <p>(E2: 51) - . . . passou a ser seguido de alguma maneira por mim, . . . fiquei com ele como terapeuta e ele acabou por se manter abstinente e a partir daí a ficar abstinente . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ajudar a parar e a manter-se parado; • Reflexão com a pessoa; • Reforço da confiança.

(continua)

Quadro 4.2 - (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Relação de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E2: 52) - . . . com empatia, . . . com uma relação terapêutica e de ajuda para perceber como é que correu o seu fim-de-semana . . . como é que está a correr o trabalho, . . . como é que está a sua situação de saúde, . . . fui falando também sobre a auto-imagem dele . . . e conseguimos manter uma boa relação . . .</p> <p>(E2: 53) - Ao administrar o medicamento eu estava . . . a relacionar-me com . . . ele e ele comigo e isso permitiu estabelecer uma ponte.</p> <p>(E2: 54) - Como o relacionamento era diário, uns dias com silêncios, . . . outros dias com palavras, outros dias com coisas simples como uma situação de humor, . . . ajudou a desbloquear algumas situações e a conversar sobre outras coisas sérias que tinham a ver com o indivíduo e no fundo, ajudá-lo a confiar.</p> <p>(E2: 55) - . . . o enfermeiro . . . tem que aproveitar . . . o contacto diário para gerir a relação para ajudar o indivíduo . . . como se não estivesse a fazer . . . como um confidente, alguém em quem se pode confiar um segredo e que sabe, que ali pode ser ajudado a partir desse momento.</p> <p>(E3: 62) - . . . terapeuta de referência, portanto, um terapeuta com o qual o utente à partida deve confiar e tentar explorar as razões e a forma como é que há-de evitar novos consumos e criar um projecto.</p> <p>(E3: 73) - A minha intervenção na altura, foi motivá-la para ir à Maternidade Alfredo da Costa, fiz as articulações necessárias com a médica de lá e ela foi lá . . .</p> <p>(E3: 74) - . . . a minha intervenção foi . . . estar . . . ao telefone . . . fazê-la reflectir naquele momento no seu desejo, no que ela quer de facto, no que seria melhor para ela e no que seria melhor para o bebé e, quais as condições emocionais e financeiras que ela tinha para ter o bebé.</p>	

(continua)

Quadro 4.2 - (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Relação de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E3: 75) - Intervir numa situação de acalmá-la, isto em vésperas de Natal, . . . e prepará-la para um Natal que não seria tão bom.	
(E3: 76) - . . . acompanhá-la, porque eu tive quarenta minutos ao telefone com ela, mas dia sim, dia não, telefonava para ela para saber como é que ela estava emocionalmente . . .	

Do tema “ **Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação**” surgiu também a essência “**Relação de Ajuda**”.

Phaneuf (2005, p. 324), apresenta a relação de ajuda como o “encontro significativo com o outro” em que esse encontro “é absolutamente original porque a pessoa que a estabelece, a que ajuda, está essencialmente voltada para o outro, para o seu vivido, para o seu sofrimento”.

A relação de ajuda, de acordo com Phaneuf (2005, p. 324):

trata-se de uma troca tanto verbal como não verbal que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e o fornecimento de apoio de que a pessoa tem necessidade no decurso de uma prova. Esta relação permite à pessoa compreender melhor a sua situação, aceitá-la melhor e, conforme o caso, abrir-se à mudança e à evolução pessoal, e tomar-se a cargo para se tornar mais autónoma.

Assim, esta relação procura ajudar a pessoa no restabelecimento da sua saúde, a evoluir enquanto pessoa, a encontrar-se e a encontrar estabilidade, a tornar-se mais autónoma e motivada e a dar a conhecer ao profissional de saúde problemas e necessidades passíveis de serem resolvidos ou melhorados. São demonstrativas desta relação as seguintes unidades de significação:

(E1: 1) – “. . . as intervenções . . . têm sido, fundamentalmente, na vertente da desabituação física . . .”

(E1: 2) – “apoio e . . . ajuda na sintomatologia da desabituacão física e de uma relacão de ajuda, . . . ajudar e apoiar . . . na reposicão de um projecto de vida . . .”

(E1: 4) – “. . . ajudar a pessoa a reequacionar, a perceber, a definir estratégias . . . relativamente aos aspectos da sua vida em que existem fragilidades . . .”

(E1: 7) – “. . . ajudar a promover a autonomia que a pessoa necessita, . . . ajudá-la a identificar as suas fragilidades, também, ao nível da prevençã da recaída . . .”

(E3: 74) – “. . . a minha intervençã foi . . . estar . . . ao telefone . . . fazê-la reflectir naquele momento no seu desejo, no que ela quer de facto, no que seria melhor para ela e no que seria melhor para o bebé e, quais as condições emocionais e financeiras que ela tinha para ter o bebé.”

(E3: 75) – “Intervir numa situaçã de acalmá-la, isto em vésperas de Natal, . . . e prepará-la para um Natal que não seria tão bom.”

(E3: 76) – “. . . acompanhá-la, porque eu tive quarenta minutos ao telefone com ela, mas dia sim, dia não, telefonava para ela para saber como é que ela estava emocionalmente . . .”

O principal objectivo da relacão de ajuda, é ajudar a pessoa a resolver a situaçã de crise em que se encontra, a descobrir soluções para a sua situaçã actual, ou potencialmente problemática, de forma a sentir-se mais satisfeita com a sua existênci (Lazure, 2004).

Rosa, Gomes e Carvalho (2000), enunciam as tarefas que o enfermeiro tem de desenvolver junto da pessoa com toxicod dependência, no contexto da relacão de ajuda, sendo elas: a restauraçã da auto-estima, a restauraçã das relações de confiança, a ajuda na resoluçã de conflitos internos e externos, a ajuda na criaçã e desenvolvimento de projectos futuros, a melhoria da comunicaçã, o aumento da partilha de experiênci positivas e a promoçã da mudança.

Desta forma e considerando os dados colhidos, na fase de colheita de dados deste estudo, o enfermeiro procura ajudar o indivíduo com toxicod dependência a identificar as

suas necessidades e fragilidades, ajudando-o ainda a encontrar outros prazeres na sua vida e a manter-se sem consumir, promovendo assim, a mudança e o desenvolvimento de projectos futuros, com vista à prossecução do tratamento, reabilitação e reinserção, aspecto que emergiu nas seguintes unidades de significação:

(E1: 10) – “. . . é importante ajudar a pessoa a encontrar outros prazeres na vida, outras motivações, . . . outras actividades, outras relações que vão para além da relação com a substância.”

(E1: 12) - “. . . ajudar a pessoa a manter-se sem consumir.”

(E2: 21) – “Terapeuta de referência, . . . um gestor de caso, uma pessoa que vai acolher aquele indivíduo, . . . e por norma vai ficar a gerir as necessidades daquele indivíduo, . . . vai ajudá-lo a fazer um percurso de reabilitação ou reinserção . . .”

(E2: 25) – “. . . o terapeuta de referência acaba por ajudar a pessoa a fazer . . . o seu trajecto de tratamento e reabilitação, que tem avanços e retrocessos . . .”

(E2: 51) – “. . . passou a ser seguido de alguma maneira por mim, . . . fiquei com ele como terapeuta e ele acabou por se manter abstinente e a partir daí a ficar abstinente . . .”

A restauração das relações de confiança é um dos objectivos da relação de ajuda entre o enfermeiro e a pessoa com toxicodependência (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000).

“A relação é primeiramente uma presença para o outro” (Phaneuf, 2005, p. 329). Esta presença implica a transmissão de confiança e de tranquilidade, de apoio e de ajuda, é a proximidade física e a disponibilidade afectiva para compreender as necessidades da pessoa que precisa de ajuda, promovendo assim, uma atitude reflexiva.

“O encontro entre alguém que cuida e alguém que é cuidado persegue um objectivo bem preciso, o de conseguir que esse encontro tenha como resultado criar laços de confiança” (Hesbeen, 2001, p. 23). A confiança é uma qualidade essencial no estabelecimento/manutenção de uma relação de ajuda, sendo considerada a característica mais difícil de se manter numa relação com os toxicodependentes (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Na relação de confiança o terapeuta aceita o outro como sujeito, reconhecendo a sua capacidade de evoluir e de exercer a sua responsabilidade, no entanto, esta só se estabelece se o terapeuta mantiver a sua credibilidade (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Neste âmbito, Phaneuf (2005), acrescenta que a capacidade de se ser autêntico é fundamental para o estabelecimento de um clima de confiança, tão necessário para a criação e a manutenção de uma relação terapêutica entre quem ajuda e quem é ajudado.

É evidente, portanto, que “a confiança não se limita ao primeiro contacto” (Hesbeen, 2001, p. 25), e por vezes é fundamental, ao longo do desenvolvimento da relação de confiança, voltar atrás para recriar ou reforçar os laços de confiança (Hesbeen, 2001).

São exemplos da importância da relação de confiança, as seguintes unidades de significação:

(E2: 46) – “. . . foi com o contacto diário que me permitiu ir conhecendo aquela pessoa . . . a pouco e pouco me foi confidenciando algumas situações . . .”

(E2: 47) – “. . . a nossa intervenção . . . pode durar 20 segundos, como pode demorar 5 minutos . . . a maior parte dos contactos no início eram os 20 segundos, com o tempo foi aumentando . . . começou a confiar mais, a falar um pouco mais . . . de si, . . . da sua problemática . . .”

(E2: 53) – “Ao administrar o medicamento eu estava . . . a relacionar-me com . . . ele e ele comigo e isso permitiu estabelecer uma ponte.”

(E2: 54) – “Como o relacionamento era diário, uns dias com silêncios, . . . outros dias com palavras, outros dias com coisas simples como uma situação de humor, . . . ajudou a desbloquear algumas situações e a conversar sobre outras coisas sérias que tinham a ver com o indivíduo e no fundo, ajudá-lo a confiar.”

(E2: 55) – “. . . o enfermeiro . . . tem que aproveitar . . . o contacto diário para gerir a relação para ajudar o indivíduo . . . como se não estivesse a fazer . . . como um confidente, alguém em quem se pode confiar um segredo e que sabe, que ali pode ser ajudado a partir desse momento.”

(E3: 62) – “. . . terapeuta de referência, portanto, um terapeuta com o qual o utente à partida deve confiar e tentar explorar as razões e a forma como é que há-de evitar novos consumos e criar um projecto.”

(E3: 73) – “A minha intervenção na altura, foi motivá-la para ir à Maternidade Alfredo da Costa, fiz as articulações necessárias com a médica de lá e ela foi lá . . .”

Assim, o sentimento de confiança entre o enfermeiro e a pessoa com toxicod dependência promove o estabelecimento/manutenção de uma relação de ajuda, tão essencial no processo de reabilitação da pessoa com dependência de substâncias psicoactivas.

Existem atitudes promotoras e facilitadoras do estabelecimento e manutenção de uma relação de ajuda sendo elas a aceitação, o respeito, a empatia, a congruência, a escuta, a clarificação e a confrontação (Phaneuf, 2005).

Após a análise dos dados colhidos, é perceptível que os enfermeiros que participaram no presente estudo valorizam tais atitudes, tendo estado mais presentes nos depoimentos a atitude de escuta e de empatia, conforme se pode constatar com a leitura das seguintes unidades de significação:

(E1: 15) – “. . . ser capaz de ouvir, de escutar, de perceber, de criar empatia com o outro, relação de confiança, . . . de alguma assertividade no processo.”

(E1: 17) – “. . . sentimento de alguma impotência, alguma frustração de não ter capacidade de resolver a questão de uma forma mágica, . . . às vezes basta escutar, basta ouvir, basta ajudar a reflectir algumas questões . . .”

(E2: 52) – “. . . com empatia, . . . com uma relação terapêutica e de ajuda para perceber como é que correu o seu fim-de-semana . . . como é que está a correr o trabalho, . . . como é que está a sua situação de saúde, . . . fui falando também sobre a auto-imagem dele . . . e conseguimos manter uma boa relação . . .”

“A escuta é muitas vezes sinónimo de disponibilidade no tempo, e também de disponibilidade interior para estar pronto a acolher o que diz o outro”, todo o corpo

capta as palavras, emoções e sentimentos ditos e não ditos pela pessoa. Esta escuta deve ser efectuada sem julgar a pessoa que fala, mesmo que isso vá contra os valores do enfermeiro, exigindo “grande capacidade de adaptação, de aceitação e de respeito pelo outro na sua diferença” (Phaneuf, 2005, p. 332).

Escutar sem julgar consiste então em “deixar-se penetrar pelo que exprime o outro, abrir-se às suas palavras, aos seus gestos e às suas experiências e acolher o seu sofrimento sem fazer juízo de valor” permitindo que a pessoa se exprima, verbalize o que sente podendo isso ajudá-la a clarificar o que sente, o que vive e o que é, centrando-se essencialmente em si. A relação de ajuda é uma relação de igual para igual, em que o enfermeiro não assume um papel de poder superior ao da pessoa, devendo existir assim respeito mútuo (Phaneuf, 2005, p. 330).

Por seu lado, Phaneuf (2005), apresenta a empatia, como um “sentimento profundo de compreensão do outro”, como o “cerne da relação de ajuda” (Phaneuf, 2005, p. 346).

A empatia, de acordo com Phaneuf (2005), deve ser exteriorizada através da comunicação verbal e não verbal e permite:

um olhar penetrante sobre a situação, visa a compreensão e o reconforto da pessoa que sofre, mas permite ao mesmo tempo, um certo distanciamento emotivo da pessoa que ajuda que se inclina sobre as emoções do outro, para a sua maneira de viver a dificuldade. (p. 347)

Neste sentido, a escuta e a empatia são fundamentais para o desenvolvimento da relação de ajuda pois, só assim, é possível conhecer o que o outro está a sentir e compreendê-lo, pelo que supõe “uma qualidade de presença, de disponibilidade e de atenção que permite à pessoa que ajuda estar intensamente aberta ao que o doente exprime ou ao que a sua acção deixa adivinhar” (Phaneuf, 2005, p. 77).

A escuta e a empatia permitem ao enfermeiro compreender a pessoa e manifestar-lhe essa compreensão, a individualidade da pessoa, ajudando-a a identificar as suas necessidades e a elaborar um plano terapêutico com a mesma (Lazure, 1994). Para além disso, permite ainda agir no sentido de reconfortar a pessoa procurando satisfazer as suas necessidades e permitindo que esta se sinta apoiada pela equipa de enfermagem.

O conhecimento do enfermeiro acerca da pessoa com toxicodependência é evidente nas seguintes unidades de significação, nas quais, por vezes, é possível constatar a elaboração/reestruturação do plano terapêutico entre os dois intervenientes:

(E2: 40) – “. . . as experiências de vida que muitos deles têm são relatadas, muitas vezes, fornecem-nos . . . pontos de apoio para perceber como é que os podemos ajudar . . .”

(E2: 42) – “Vemos a pessoa como um todo e singular, . . . quando olhamos para o indivíduo vemos o todo e não só, aquele momento da administração e só dar o fármaco.”

(E2: 49) – “Depois dessa colaboração, . . . fomos também de alguma maneira, balançar e perceber quais as vantagens que ele tinha . . . em não consumir ou que poderia ter em não consumir cocaína e as que teria em consumi-la . . .”

(E2: 50) – “. . . fui falando com ele, . . . fomos percebendo o que é que o poderia ajudar a parar e depois a manter-se parado.”

Deste modo, percebe-se, através da interpretação de dados, que a **relação de ajuda** permite conhecer informações acerca da pessoa e assim conhece-la.

A relação de ajuda foi referida por todos os participantes do estudo como uma das principais intervenções de enfermagem de excelência na prestação de cuidados à pessoa com toxicodependência

Para os enfermeiros que exercem a sua profissão junto de pessoas com toxicodependência, a relação de ajuda é facilitadora de uma relação de confiança entre os dois intervenientes, promovendo a motivação da pessoa com toxicodependência para se reabilitar e encontrar em si estratégias para abandonar os consumos e manter o processo de desabituação.

Do mesmo modo, a relação de ajuda é determinante para que a pessoa se mantenha sem consumir, sendo fundamental ainda na identificação da sintomatologia da desabituação física.

4.1.3. Técnicas de Ajuda

Quadro 4. 3 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: Técnicas de Ajuda

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Técnicas de Ajuda	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E2: 27) - . . . o enfermeiro . . . terapeuta de referência, . . . pode aplicar . . . técnicas da área cognitivo-comportamental . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Técnicas da área cognitivo-comportamental;
(E2: 34) - . . . o enfermeiro . . . faz a actividade relacionada com o relaxamento, utilizando o treino autogénico de Schultz e também . . . a técnica de Jacobson e a respiração profunda essencialmente, . . . com o objectivo de ajudar os indivíduos . . . a sentirem prazer . . . com . . . o próprio corpo . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de relaxamento; • Treino autogénico de Schultz; • Técnica de Jacobson; • Técnicas de comunicação;
(E2: 38) - . . . acabamos por utilizar técnicas de comunicação que permitem ajudar os indivíduos . . . a terem um desenvolvimento . . . pessoal, . . . de forma a que consigam ganhar mais maturidade e autonomia em relação às substâncias.	

A essência “**Técnicas de Ajuda**” surgiu no tema “**Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação**”.

Na colheita de dados emergiram algumas técnicas de ajuda, nomeadamente as actividades de relaxamento e as técnicas de comunicação.

Quando ao relaxamento pode afirmar-se que é uma competência para lidar com o stress “para acalmar a mente e permitir que o pensamento se torne mais claro e eficaz” (Payne, 2003, p. 4).

O treino de relaxamento tem mostrado ser útil em problemas de saúde associados ao stress pois “ajuda as pessoas a sentirem-se melhor” (Sequeira, 2006, p.175).

Deste modo, o relaxamento é um meio terapêutico que se centra no tónus muscular, directa ou indirectamente, e está por isso indicado em situações de hipertonia muscular devido à ansiedade, à hiperactividade motora e a desequilíbrios afectivos, pois a tensão psíquica reflecte-se em tensão muscular (Sequeira, 2006).

Assim, o relaxamento pode ser alcançado através de vários métodos como o relaxamento progressivo de Jacobson e o treino autogénico de Schultz. Embora estes métodos de relaxamento possam diferir nalguns aspectos, partilham de aspectos comuns, e não existe nenhuma evidência de que um método seja melhor do que outro, “todos eles são potencialmente eficazes de acordo com o conjunto de circunstâncias em análise” e o enfermeiro deve pois utilizar a técnica de relaxamento que melhor se adequar à pessoa e à sua situação (Sequeira, 2006, p. 176).

Conhecem-se vários métodos ou técnicas de relaxamento baseados em aspectos psicofisiológicos e de coordenação muscular, derivando todos eles dos métodos de Jacobson e de Schultz (Payne, 2003; Sequeira, 2006).

No método de Schultz o terapeuta dá indicações/sugestões para relaxar diferentes partes do corpo. No início do método a pessoa começa por sentir sensações de peso e de calor, enquanto que, na fase final, a pessoa passa por experimentar a sensação de conforto e bem-estar, atingindo assim um relaxamento global. Este método de relaxamento apresenta, como principal objectivo, o auto-controlo do tónus muscular e da respiração, permitindo à própria pessoa auto-relaxar-se (Payne, 2003; Sequeira, 2006).

O método de Jacobson, também designado por método psicofisiológico, baseia-se na contração/descontração muscular, sendo este método muito idêntico à técnica anterior. “Este método é essencialmente indicado para os utentes com maior dificuldade em relaxar, tendo contudo o inconveniente de ser mais demorado. Está indicado em todos os estados ansiosos e nas perturbações psicomotoras” (Sequeira, 2006, p. 193).

A utilização destes métodos de relaxamento por parte dos enfermeiros é considerada por Sequeira (2006), como uma intervenção de enfermagem, aspecto que foi referido na seguinte unidade de significação:

(E2: 34) – “. . . o enfermeiro . . . faz a actividade relacionada com o relaxamento, utilizando o treino autogénico de Schultz e também . . . a

técnica de Jacobson e a respiração profunda essencialmente, . . . com o objectivo de ajudar os indivíduos . . . a sentirem prazer . . . com . . . o próprio corpo . . .”

Para além destes dois métodos, existe também a técnica da área cognitivo-comportamental, a qual tem como objectivo “proporcionar a mudança comportamental através da reestruturação de pensamentos conscientes” (Payne, 2003, p. 10).

O comportamento é sobretudo controlado pelo diálogo interno – diálogo realizado internamente pela própria pessoa, que procura interpretar o mundo exterior. Se o diálogo interno for positivo, a pessoa consegue atingir os objectivos a que se propôs, estimulando ainda a auto-confiança. No entanto, se o diálogo for negativo, a pessoa tende a sentir-se derrotada. Esta técnica “foi concebida de forma a dar ao indivíduo uma sensação de maior controlo sobre a sua vida e ainda uma protecção contra o stress desnecessário” (Payne, 2003, p. 10).

A utilização desta técnica por parte dos enfermeiros foi referida na seguinte unidade de significação:

(E2: 27) – “. . . o enfermeiro . . . terapeuta de referência, . . . pode aplicar . . . técnicas da área cognitivo-comportamental . . .”

Para além das técnicas de relaxamento, que promovem o autoconhecimento e o auto-controlo da pessoa, o enfermeiro utiliza em qualquer circunstância a comunicação, como forma de se aproximar do outro, de conhecê-lo, ajudá-lo a cuidar-se.

Para Phaneuf (2005, p. 23)

A comunicação é um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes.

Assim, para comunicar existem algumas técnicas como a utilização de perguntas abertas ou fechadas, a reformulação, a clarificação, a validação e o silêncio (Neeb, 2000). São estas técnicas de comunicação que promovem o auto-conhecimento da pessoa, e assim o seu crescimento, dado que conduzem o indivíduo para ser ele próprio a encontrar as respostas às questões colocadas, promovendo a reflexão pessoal. A importância da utilização de técnicas de comunicação para o desenvolvimento da

sensação de bem-estar, autonomia e evolução é evidenciada na seguinte unidade de significação:

(E2: 38) – “. . . acabamos por utilizar técnicas de comunicação que permitem ajudar os indivíduos . . . a terem um desenvolvimento . . . pessoal, . . . de forma a que consigam ganhar mais maturidade e autonomia em relação às substâncias.”

Deste modo, a utilização de **técnicas de ajuda**, como o relaxamento e técnicas de comunicação, foram também referidas pelos participantes do estudo como intervenções de enfermagem inerentes ao processo de reabilitação, que permitem chegar ao outro. Estão assim, associadas à relação de ajuda, mas permitem sobretudo que a pessoa com toxicod dependência desenvolva o auto-conhecimento e auto-controlo, encontrando estratégias e mecanismos para lidar com o stress.

4.1.4. Procedimentos

Quadro 4.4 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: **Procedimentos**

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Procedimentos	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E3: 59) - . . . fazemos a indução . . . conforme está prescrito pelo médico . . . dos vários tipos de medicamentos . . . e avaliamos o utente . . . diariamente para saber como é que o utente se sente e como é que se está a sentir no seu novo tratamento . . . e, se é necessário mais algum tipo de resposta para além daquele tipo de tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Indução medicamentosa; • Avaliação do utente; • Pesquisas de metabólitos na urina;
(E3: 60) - Fazemos análises . . . pesquisa de metabólitos de drogas na urina . . .	

A essência “**Procedimentos**” surgiu no tema “**Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação**”.

As intervenções de enfermagem para serem concretizadas pressupõem a realização de procedimentos, os quais são regulamentados e validados pelas equipas de prestação de cuidados nos diferentes contextos.

Um procedimento que é frequentemente realizado pelos enfermeiros à pessoa com toxicodependência em processo de reabilitação, é a pesquisa de metabólitos de droga na urina (Seabra, 2005).

Assim, é necessário que o enfermeiro conheça o procedimento e as suas indicações, tendo em consideração o risco de falsos resultados, a fiabilidade e o aparecimento constante de novos testes.

É importante efectuar a vigilância da colheita de urina, efectuada pelo toxicodependente, bem como a aplicação de uma selecção aleatória da mesma colheita e dos indivíduos, em determinado dia da semana (Seabra, 2005). É exemplo desse procedimento a seguinte unidade de significação:

(E3: 60) – “Fazemos análises . . . pesquisa de metabólitos de drogas na urina . . .”

A administração medicamentosa é outro procedimento, o qual implica que o enfermeiro estipula e organiza horários de administração que sirvam as necessidades dos clientes e procura que estes sejam cumpridos (Seabra, 2005).

O enfermeiro procura também obter mais informação acerca do cliente, de forma a validar se o tratamento farmacológico está a responder às necessidades da pessoa e a identificar eventuais sinais e sintomas físicos relacionados ao tratamento. Assim, “os conhecimentos farmacológicos dos medicamentos administrados, a sua acção e os seus efeitos secundários, são fundamentais, porque muitos dos problemas são por nós identificados” (Seabra, 2005, p. 60).

Para além do que foi referido, a alteração da dosagem do medicamento é um procedimento da competência do enfermeiro que requer uma articulação correcta e eficaz da equipa multidisciplinar, nomeadamente do médico, pois este é o profissional que prescreve a dose e o fármaco a utilizar (Seabra, 2005). Na seguinte unidade de significação está demonstrada a realização do procedimento “administração medicamentosa” e alguns cuidados que lhe estão inerentes:

(E3: 59) – “. . . fazemos a indução . . . conforme está prescrito pelo médico . . . dos vários tipos de medicamentos . . . e avaliamos o utente . . . diariamente para saber como é que o utente se sente e como é que se está a sentir no seu novo tratamento . . . e se é necessário mais algum tipo de resposta para além daquele tipo de tratamento.

Os **procedimentos**, como a indução medicamentosa e a pesquisa de metabolitos na urina, constituem assim intervenções de enfermagem interdependentes, mas que são essenciais para a reabilitação da pessoa com toxicodependência.

Estes procedimentos permitem que se efectue o controlo dos clientes no que diz respeito ao cumprimento do programa terapêutico estabelecido ou, por outro lado, que se administre a terapêutica prescrita pelo médico, despistando efeitos adversos ou colaterais da medicação/tratamento, ajustando a dose. Estas intervenções de enfermagem são por isso de grande importância no seio da prestação de cuidados à pessoa com toxicodependência.

4.1.5. Informação para a Saúde

Quadro 4.5 - Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação: **Informação para a Saúde**

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Informação para a Saúde	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E1: 5) - . . . actividades ao nível da prevenção, ao nível da educação para a saúde, ao nível da redução de riscos e da minimização de danos. (E2: 22) - . . . em termos de educação para a saúde, aí um enfermeiro também pode ser muito importante . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Educação para a Saúde; • Fazer ensinios; • Sessões psicoeducativas;

(continua)

Quadro 4.5 – (continuação)

Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação	
Informação para a Saúde	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E2: 23) - . . . um dos aspectos onde os enfermeiros vão intervir, é na vacinação.	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecimento de dúvidas; • Ensinar a organizar-se para tomar outros medicamentos. • Prevenção de Riscos; • Redução de riscos; • Minimização de danos; • Vacinação.
(E2: 28) - . . . estas actividades implicam que os enfermeiros . . . façam ensinamentos quer aos próprios toxicodependentes, quer aos familiares . . .	
(E2: 30) - . . . educação para a saúde ou sessões psicoeducativas, . . . o enfermeiro tem um papel muito activo . . .	
(E2: 35) - . . . esclarecer algumas dúvidas relacionadas com medicações . . . a nível biológico, nível físico . . .	
(E3: 66) - Realizamos também sessões de Educação para a Saúde, . . . abrangendo vários temas . . .	
(E3: 67) - Vacinação por vezes também se faz.	
(E3: 68) - . . . às vezes, também é necessário, ajudar o utente a organizar-se com a toma de outros medicamentos que não têm a ver com o problema dele da toxicodependência.	

No tema “**Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação**” emergiu a essência “**Informação para a Saúde**”.

Informar é transmitir informação ou dados sobre determinado assunto. Neste caso, e tendo em conta o exercício da profissão de enfermagem, o enfermeiro tem o dever de informar a pessoa de quem cuida e/ou eventualmente as pessoas significativas (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

Assim, o enfermeiro tem o dever de transmitir ao indivíduo e família informação respeitante aos cuidados de enfermagem, respondendo às necessidades de informação

acerca dos mesmos e informando-os acerca dos recursos a que podem ter acesso, e à forma como podem obtê-los (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

No âmbito desta essência surgiram as unidades de significação seguintes:

(E2: 28) – “. . . estas actividades implicam que os enfermeiros . . . façam ensinios quer aos próprios toxicod dependentes, quer aos familiares . . .”

(E2: 35) – “. . . esclarecer algumas dúvidas relacionadas com medicações . . . a nível biológico, nível físico . . .”

Desta forma, é importante que o enfermeiro tenha conhecimentos para dar resposta à necessidade de informação do cliente e ao dever de informação que o assiste, também no que diz respeito aos recursos da comunidade e à forma como pode usufruir dos mesmos.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2004), o enfermeiro tem competência para transmitir informações de saúde indispensáveis aos indivíduos e às famílias, para que consigam alcançar estados óptimos de saúde.

Porém, para que a transmissão da informação seja eficaz, é fundamental que o enfermeiro consiga compreender os indivíduos e famílias numa perspectiva holística pois, só assim, este conseguirá promover eficazmente a adopção de estilos de vida saudáveis, tendo em vista o bem-estar físico, mental e social (Lancaster, Onega e Forness, 1999).

“O ensino ao utente é uma das atribuições mais importantes da enfermagem, independentemente do meio onde os cuidados são prestados” (Potter e Perry, 2006, p. 154) pois, estabelecendo o enfermeiro um plano de ensino adequado às necessidades de aprendizagem e de informação do cliente, este sentir-se-á mais autónomo no seu processo de recuperação.

Desta forma, Lancaster, Onega e Forness (1999), consideram que a educação para a saúde e o aconselhamento de saúde são parte integrante e facilitadora da promoção da saúde, dado que facilitam a recuperação de níveis de bem-estar.

As unidades de significação que se seguem, revelam a importância da informação nas intervenções de enfermagem:

(E2: 22) – “. . . em termos de educação para a saúde, aí um enfermeiro também pode ser muito importante . . .”

(E2: 30) – “. . . educação para a saúde ou sessões psicoeducativas, . . . o enfermeiro tem um papel muito activo . . .”

(E3: 66) – “Realizamos também sessões de Educação para a Saúde, . . . abrangendo vários temas . . .”

Uma das áreas de ensino a que o enfermeiro deve dar especial atenção diz respeito à terapêutica medicamentosa. De acordo com as necessidades avaliadas no indivíduo, “o doente é ensinado a usar a medicação, com segurança e eficácia, de acordo com as normas e os regulamentos pré-estabelecidos” (Comissão Conjunta para Acreditação de Organizações de Saúde, 2001, citado em Potter e Perry, 2006, p. 154).

Este facto foi evidente na seguinte unidade de significação:

(E3: 68) – “. . . às vezes, também é necessário, ajudar o utente a organizar-se com a toma de outros medicamentos que não têm a ver com o problema dele da toxicodependência.”

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes” (Ordem dos Enfermeiros, 2002, p. 12). Assim, a identificação precoce de potenciais problemas do cliente permite ao enfermeiro prescrever, implementar e avaliar as intervenções que procuram evitar tais problemas ou complicações indesejáveis (Ordem dos Enfermeiros, 2002).

Algumas estratégias de prevenção passam pela educação para a saúde como acontece junto das pessoas com toxicodependência em que se pretende que se reintegrem na sociedade, num trabalho com a comunidade, utilizando-se a prevenção terciária (Stefanelli *et al.*, 2008).

Através da educação para a saúde é possível transmitir às pessoas informações importantes sobre o risco e as consequências do uso e abuso de drogas, formas de tratamento, risco de doenças associadas ao consumo de droga como as doenças do foro psiquiátrico ou associadas a comportamentos de risco (HIV/sida, hepatites). A equipa de cuidados orienta assim os seus esforços para a redução dos riscos associados ao uso de drogas e às relações sexuais não protegidas (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Representativa da importância da prevenção é a seguinte unidade de significação:

(E1: 5) - . . . actividades ao nível da prevenção, ao nível da educação para a saúde, ao nível da redução de riscos e da minimização de danos.

Desta forma, o enfermeiro intervém junto da pessoa com toxicodependência no sentido de prevenir. Um exemplo dessa prevenção é a administração de vacinas nomeadamente para a imunização da hepatite B, tão fundamental numa população que frequentemente adopta comportamentos de risco (Seabra, 2005).

Reveladores da importância deste cuidado são as seguintes unidades de significação:

(E2: 23) – “. . . um dos aspectos onde os enfermeiros vão intervir, é na vacinação.”

(E3: 67) – “Vacinação por vezes também se faz.”

Posto isto, a **informação para a saúde** foi também uma intervenção de enfermagem identificada no presente estudo. Informar consiste em esclarecer as dúvidas das pessoas com toxicodependência e transmitir informação sobre determinados assuntos que sejam pertinentes para a situação de cuidados e para a pessoa alvo dos mesmos.

Estas informações passam por abordar temas como: drogas e consequências do seu uso e abuso; risco de doenças associadas à toxicodependência (como as doenças do foro psiquiátrico e associadas a comportamentos de risco); medicação; formas de tratamento; e ainda sobre os recursos existentes na sociedade que poderão ser úteis à pessoa.

Assim, pode-se entender ainda a informação para a saúde como uma estratégia de prevenção, associada sobretudo à diminuição de comportamentos de risco relacionados com os consumos e com as doenças sexualmente transmissíveis.

4.2. Intervenção face ao Processo de Reabilitação

No tema “**Intervenções face ao Processo de Reabilitação**” foi identificada a essência “**Trabalho em Equipa**”, que será apresentada de seguida.

4.2.1. Trabalho em Equipa

Quadro 4.6 – Intervenção face ao Processo de Reabilitação: **Trabalho em Equipa**

Intervenção face ao Processo de Reabilitação	
Trabalho em Equipa	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E1: 6) - . . . colaborar . . . na reinserção, . . . numa perspectiva de parceria . . . com as técnicas de serviço social . . .</p> <p>(E2: 19) - . . . aproveitamos para observá-los, . . . perceber como é que as coisas estão a correr, fazer alguns registos, . . . e, mantermos um trabalho de equipa articulado com os outros técnicos . . .</p> <p>(E2: 20) - . . . está determinado que fazem este tipo de acolhimento, essencialmente, àqueles indivíduos que já vêm de programas de substituição e que vêm transferidos de outras unidades, ficando também, terapeutas de referência desses indivíduos.</p> <p>(E2: 31) - . . . o enfermeiro acaba por conseguir, . . . identificar situações-problema, estabelecer . . . objectivos, fazer as acções de enfermagem correspondentes, muitas vezes, encaminhado realmente para outros técnicos porque isso é um trabalho em equipa . . .</p> <p>(E2: 33) - . . . após um diagnóstico da situação de cada utente . . . muitas vezes temos que articular com os outros técnicos e mesmo outras instituições . . .</p> <p>(E2: 37) - . . . pensos, nós aqui podemos fazer uma primeira abordagem, essencialmente, utilizando o betadine, uma desinfeção, mas depois para outro tipo de acções temos que realmente encaminhar para o centro de saúde . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Parceria • Trabalho articulado • Multidisciplinaridade • Articulação com outros técnicos • Articulação com outras instituições

No decorrer da análise de dados surgiu o tema “**Intervenções face ao Processo de Reabilitação**” no qual emergiu a essência “**Trabalho em Equipa**”.

Neste âmbito, afirma Benner (2005, p. 150) que “trabalhar em equipa é crucial, tanto para prestar ao doente cuidados eficazes, como para manter a moral da equipa de saúde”.

A avaliação do potencial de recuperação da pessoa é efectuada por todos os elementos de uma equipa de cuidados de saúde. Desta forma, a avaliação de cada elemento deve ser transmitida à equipa, para que o tratamento de recuperação seja o mais eficaz possível. Esta partilha de informações e as mudanças progressivas que a pessoa vai vivendo, fazem emergir da equipa a possibilidade de se realizarem diferentes terapias (Benner, 2005).

São exemplo da revelância do trabalho em equipa as seguintes unidades de significação:

(E2: 19) – “. . . aproveitamos para observá-los, . . . perceber como é que as coisas estão a correr, fazer alguns registos, . . . e, mantermos um trabalho de equipa articulado com os outros técnicos . . .”

(E2: 31) – “. . . o enfermeiro acaba por conseguir, . . . identificar situações-problema, estabelecer . . . objectivos, fazer as acções de enfermagem correspondentes, muitas vezes, encaminhado realmente para outros técnicos porque isso é um trabalho em equipa . . .”

O enfermeiro, enquanto membro da equipa de saúde, assume o dever de “trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde” (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005, p. 151). A articulação entre os membros da equipa multidisciplinar indica a existência de um encadeamento dos seus elementos, surgindo assim, uma equipa de cuidados com o objectivo de responder às necessidades da pessoa alvo dos cuidados (Nunes, Amaral e Gonçalves, 2005).

A equipa multidisciplinar proporciona um espaço onde a pessoa com toxicod dependência receba um tratamento adequado e “vá descobrindo motivação para a continuidade a médio e longo prazo do seu programa terapêutico” (Rosa, Gomes e Carvalho, 2000, p. 102).

Por vezes, para se dar uma resposta adequada às necessidades da pessoa, é fundamental, que o enfermeiro se articule não só com os elementos da equipa de saúde, mas também com outros elementos ou instituições, quando este não consegue responder a essas necessidades. A articulação com técnicos, nomeadamente com técnicos de centros de saúde, ocorre no sentido de se garantir a continuidade dos cuidados, em que o enfermeiro tem essencialmente um papel coordenador no que diz respeito às terapias medicamentosas (Seabra, 2005).

Exemplo desta articulação entre os diversos elementos da equipa de cuidados, são as seguintes unidades de significação:

(E1: 6) – “. . . colaborar . . . na reinserção, . . . numa perspectiva de parceria . . . com as técnicas de serviço social . . .”

(E2: 20) – “. . . está determinado que fazem este tipo de acolhimento, essencialmente, àqueles indivíduos que já vêm de programas de substituição e que vêm transferidos de outras unidades, ficando também, terapeutas de referência desses indivíduos.”

(E2: 33) – “. . . após um diagnóstico da situação de cada utente . . . muitas vezes temos que articular com os outros técnicos e mesmo outras instituições . . .”

(E2: 37) – “. . . penso, nós aqui podemos fazer uma primeira abordagem, essencialmente, utilizando o betadine, uma desinfecção, mas depois para outro tipo de acções temos que realmente encaminhar para o centro de saúde . . .”

Apesar de os enfermeiros serem um grupo profissional com competências e conhecimentos para prestarem cuidados à pessoa com toxicod dependência, o autor deste trabalho concluiu assim que as intervenções dos enfermeiros são tão ou mais valorizadas, quando os enfermeiros e outros profissionais de saúde desenvolvem um **trabalho em equipa**.

O trabalho em equipa permite um maior conhecimento da pessoa com toxicod dependência, das suas limitações, motivações, dificuldades face ao seu processo de reabilitação. A partilha de informação e articulação com os outros profissionais de saúde, permite que a pessoa seja valorizada como um todo, com necessidades de

cuidados particulares e por isso mais indicadas para determinado grupo profissional, com competências mais apuradas para intervir em determinada situação de cuidados.

Por outro lado, para dar resposta às necessidades das pessoas, promovendo o processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência e a continuidade dos cuidados, há ainda a articulação entre os enfermeiros e os profissionais de saúde de outras instituições.

4.3. Limitações no Processo de Reabilitação

No tema “**Limitações no Processo de Reabilitação**” foi identificada a essência “**Reinserção social**”, a qual passa a apresentar-se.

4.3.1. Reinserção Social

Quadro 4.7 – Limitações no Processo de Reabilitação: **Reinserção Social**

Limitações no Processo de Reabilitação	
Reinserção Social	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E1: 9) - . . . limitações têm sobretudo a ver com . . . a dificuldade da reinserção social . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade na reinserção; • Falta de Centros de Acolhimento; • Falta de Centros de Dia; • Dificuldade em estabelecer parcerias; • Défice de programas ocupacionais; • Défice de espaços físicos facilitadores da reinserção.
(E1: 11) - . . . os mecanismos sociais que existem são poucos, . . . faltam centros de acolhimento, faltam centros de dia, . . . falta enquadramento de actividades ao nível da reinserção nas estruturas de tratamento que ajudem a pessoa a manter-se sem consumir.	
(E1: 13) - . . . nem sempre é fácil encontrar parcerias, entidades, equipas que trabalhem de uma forma integrada todos estes vectores, que são essenciais para o sucesso do tratamento . . .	

(continua)

Quadro 4. 7 – (Continuação)

Limitações no Processo de Reabilitação	
Reinserção Social	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E3: 70) - Programas . . . ocupacionais . . . existem muito poucos . . .	
(E3: 71) - Falta . . . recursos . . . de espaços físicos para podermos encaminhar os nossos utentes . . . como complemento ao seu tratamento aqui, para ajudá-lo na reinserção social . . .	

A “**Reinserção Social**” foi a essência encontrada no tema “**Limitações no Processo de Reabilitação**”.

Antes de se abordar o conceito de reinserção social importa, do ponto de vista do autor, compreender o conceito de exclusão, que é o acto de excluir ou ser excluído, o qual é caracterizado como uma fase extrema do processo de marginalização, sendo como um percurso descendente, ao longo do qual se verificam rupturas do indivíduo com a sociedade. A fase extrema da exclusão social é caracterizada não só pela ruptura com o mercado de trabalho, mas também por rupturas familiares, afectivas e de amizade, o que acontece com frequência em pessoas com toxicod dependência (Bruto da Costa, 2001).

Por outro lado, define-se a integração como a parte de um conjunto ou grupo, entendendo-se a “integração social”, “inserção social” e “inclusão social” como o oposto da exclusão social, expressões que são muitas vezes utilizadas para nomear a passagem das pessoas, famílias ou grupos das situações de exclusão para as de participação social e cidadania (Bruto da Costa, 2001).

Assim, o exercício pleno da cidadania implica o acesso a um conjunto de sistemas sociais básicos, agrupados nos seguintes domínios: social, económico, institucional,

territorial e referências simbólicas, sentimentos que estão relacionados com a perda de identidade social, auto-estima, auto-confiança, motivação, do sentido de pertença à sociedade, entre outros (Bruto da Costa, 2001).

De acordo com Pinto-Coelho (1998), em Portugal muito pouco tem sido feito no âmbito da reinserção social da pessoa ex-toxicod dependente. As pessoas com toxicod dependência pertencem a um grupo populacional vulnerável e minoritário.

Neste sentido, estão mais desfavorecidas, pois o planeamento de saúde típico encontra-se centrado nas maiorias, sabendo-se que “os grupos populacionais vulneráveis têm recursos sociais e económicos limitados” (Sebastian, 1999, p. 691).

Neste âmbito, defende o Instituto da Droga e da Toxicod dependência (IDT) (2008), que as instituições empregadoras e formativas são parceiras essenciais no processo de reinserção, desempenhando cada uma, um papel de extrema importância. As pessoas com toxicod dependência em processo de reinserção têm desvantagens e dificuldades acrescidas face ao mercado de trabalho, pelo que surge a necessidade de mobilizar vários recursos e agentes, destacando-se as intervenções do âmbito da formação profissional e acesso ao emprego, sendo estas intervenções um meio facilitador da recuperação da auto-estima, da redescoberta das capacidades individuais de readaptação de uma vida em sociedade.

Desta forma, a reinserção sócio-profissional é imprescindível, pois o processo de tratamento apenas se encontra completo quando a pessoa possui os meios e as competências que lhe permitam assumir o seu papel em sociedade (IDT, 2008). Nesta vertente, constatou-se nos resultados do presente estudo, que nem sempre existem na sociedade recursos, estruturas e parcerias que promovam a reinserção da pessoa com toxicod dependência, como evidenciam as seguintes unidades de significação:

(E1: 9) – “. . . limitações têm sobretudo a ver com . . . a dificuldade da reinserção social . . .”

(E1: 11) – “. . . os mecanismos sociais que existem são poucos, . . . faltam centros de acolhimento, faltam centros de dia, . . . falta enquadramento de actividades ao nível da reinserção nas estruturas de tratamento que ajudem a pessoa a manter-se sem consumir.”

(E1: 13) – “. . . nem sempre é fácil encontrar parcerias, entidades, equipas que trabalhem de uma forma integrada todos estes vectores, que são essenciais para o sucesso do tratamento . . .”

(E3: 70) - “Programas . . . ocupacionais . . . existem muito poucos . . .”

(E3: 71) – “Falta . . . recursos . . . de espaços físicos para podermos encaminhar os nossos utentes . . . como complemento ao seu tratamento aqui, para ajudá-lo na reinserção social . . .”

Concluiu-se assim, que a **reinserção social** ou a ausência dela, é dificultadora no processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência. Este aspecto está relacionado sobretudo com o défice de estruturas sociais que promovam a reinserção da pessoa com toxicodependência e que lhes permitam serem acompanhadas e tornarem-se novamente autónomas no seu processo de reabilitação, nomeadamente ao nível sócio-profissional

4.4. Limitações nas Intervenções de Enfermagem

No tema “**Limitações das Actividades de Enfermagem**” foram identificadas as essências “**Autónomas e Interdependentes**” e “**Formação**”, que são apresentadas de seguida.

4.4.1. Autónomas e Interdependentes

Quadro 4.8 – Limitações das Actividades de Enfermagem: **Autónomas e Interdependentes**

Limitações nas Intervenções de Enfermagem	
Autónomas e Interdependentes	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
(E2: 18) - . . . prendem-se muito com as terapias medicamentosas, . . . como o programa de substituição opiácea, com Metadona . . .	<ul style="list-style-type: none"> • Terapia Medicamentosa;

(continua)

Quadro 4.8 – (continuação)

Limitações nas Intervenções de Enfermagem	
Autónomas e Interdependentes	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E2: 29) - . . . a intervenção é muito auto-limitada no tempo, . . . ou seja, o enfermeiro quando está a administrar o medicamento tem que fazer logo um diagnóstico da situação, para ajudar a pessoa a resolver aquele problema . . .</p> <p>(E2: 32) - . . . muitas vezes, em termos de programa . . . não temos tempo, nem recursos humanos para intervirnos de forma mais profunda.</p> <p>(E2: 39) - As limitações decorrem das dificuldades individuais resultantes da singularidade de cada indivíduo . . .</p> <p>(E2: 41) - . . . os enfermeiros . . . entraram nesta área da toxicod dependência . . . pela via da administração dos fármacos e, portanto, isso ainda hoje é muito presente para muitos enfermeiros e, . . . para os outros técnicos . . .</p> <p>(E2: 43) - . . . como temos poucos recursos humanos, . . . temos que dar prioridade à administração de medicação e todos os cuidados básicos relacionados com isso . . .</p> <p>(E2: 45) - . . . a limitação às vezes é o tempo e são as condições que as instituições nos dão . . . para desenvolvermos as . . . acções de enfermagem possíveis.</p> <p>(E2: 56) - . . . o ratio do enfermeiro para 200 utentes, do que 2 enfermeiros para 200 utentes . . . assim numa forma global . . . vão influenciar os cuidados.</p> <p>(E2: 57) - . . . para fazer mais do que teria feito naquele caso, teria que no fundo ter mais tempo . . . para aquele caso e muitos outros.</p> <p>(E3: 69) - . . . estamos muito restritos aos programas de Metadona. Se fossemos mais enfermeiros, poderíamos, eventualmente, fazer outros trabalhos . . . diferentes, mudar dos programas de substituição.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administração de fármacos; • Programas de Metadona; • Intervenção limitada no tempo; • Falta de tempo; • Défice de enfermeiros; • Tempo para conhecer; • Ratios elevados; • Falta de disponibilidade.

(continua)

Quadro 4.8 – (continuação)

Limitações nas Intervenções de Enfermagem	
Autónomas e Interdependentes	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E3: 72) - . . . é os recursos humanos, é a falta de enfermeiros e é centros de dia . . . é, o que eu acho que faz mais falta na reabilitação do utente toxicod dependente.</p> <p>(E3: 77) - . . . na altura, o nosso programa de Metadona tinha 70 utentes, presentemente, tem 150 e não sei se haveria essa disponibilidade ao nível de recursos humanos . . .</p>	

O quadro 4.8 representa o tema “**Limitações nas Intervenções de Enfermagem**” no qual surgiu a essência “**Autónomas e Interdependentes**”.

A Enfermagem enquanto profissão autónoma rege as suas intervenções com base no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Este é uma referência imprescindível para o exercício da profissão de enfermagem e para “a relação com e entre outros técnicos” (REPE, 1996, citado por SEP, 2006, p. 3).

Assim, o REPE é um instrumento essencial na obtenção da autonomia profissional, bem como na intervenção objectiva e insubstituível dos enfermeiros na prestação dos cuidados de saúde (SEP, 1996).

O Enfermeiro é um profissional de saúde “a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (REPE, 1996, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 381).

Deste modo, os cuidados de enfermagem resultam da realização de intervenções autónomas ou interdependentes, as quais são realizadas pelos enfermeiros no âmbito das suas qualificações profissionais (REPE, 1996, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2005).

Assim, quando o enfermeiro está a realizar as terapias medicamentosas inerentes ao programa de Metadona, está no fundo a realizar intervenções interdependentes, pois como é referido no REPE (1996, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 384), estas são “acções realizadas pelos enfermeiros . . . em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”.

São exemplo dessas intervenções interdependentes as seguintes unidades de significação:

(E2: 18) – “. . . prendem-se muito com as terapias medicamentosas, . . . como o programa de substituição opiácea, com Metadona . . . “

(E2: 41) – “. . . os enfermeiros . . . entraram nesta área da toxicodependência . . . pela via da administração dos fármacos e, portanto, isso ainda hoje é muito presente para muitos enfermeiros e, . . . para os outros técnicos . . .”

Conforme foi referido anteriormente, o enfermeiro também pratica intervenções autónomas, ou seja, “acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais” (REPE, 1996, citado em Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 384).

No entanto, foi referido pelos enfermeiros a existência de um elevado número de pessoas com toxicodependência e um reduzido número de enfermeiros, bem como a falta de tempo e de disponibilidade para conhecer as problemáticas inerentes aos indivíduos com toxicodependência, o que obriga a privilegiar a realização das intervenções interdependentes, ficando assim comprometidas as intervenções autónomas.

No que respeita ao aspecto anteriormente referido, Benner (2005), afirma que a falta de pessoal de enfermagem aumenta a sobrecarga de trabalho, o que conduz a que estes apenas consigam responder às necessidades mais urgentes dos indivíduos, como acontece na maioria das situações em que é essencial a administração de terapêutica.

Neste âmbito, os participantes do presente estudo referiram o seguinte:

(E2: 43) – “. . . como temos poucos recursos humanos, . . . temos que dar prioridade à administração de medicação e todos os cuidados básicos relacionados com isso . . .”

(E2: 69) – “. . . estamos muito restritos aos programas de Metadona. Se fossemos mais enfermeiros, poderíamos, eventualmente, fazer outros trabalhos . . . diferentes, mudar dos programas de substituição.”

Face ao défice de horas de cuidados de enfermagem, não há tempo suficiente para conhecer a individualidade da pessoa, nem para realizar intervenções autónomas de enfermagem como escutar, promover a confiança e a autonomia da pessoa, esclarecer dúvidas, promover hábitos de vida saudáveis, realizar ensinamentos, afirmando Benner (2005, p. 154) que, com frequência, os profissionais de enfermagem sentem que “fizeram pouco e demasiado tarde, nomeadamente no domínio das relações humanas”, ou seja, no que se remete às intervenções autónomas de enfermagem, sentimentos que foram expressos nas unidades de significação seguintes:

(E2: 29) – “. . . a intervenção é muito auto-limitada no tempo, . . . ou seja, o enfermeiro quando está a administrar o medicamento tem que fazer logo um diagnóstico da situação, para ajudar a pessoa a resolver aquele problema . . .”

(E2: 32) – “. . . muitas vezes, em termos de programa . . . não temos tempo, nem recursos humanos para intervirmos de forma mais profunda.”

(E2: 39) – “As limitações decorrem das dificuldades individuais resultantes da singularidade de cada indivíduo . . .”

(E2: 56) – “. . . o ratio do enfermeiro para 200 utentes, do que 2 enfermeiros para 200 utentes . . . assim numa forma global . . . vão influenciar os cuidados.”

(E2: 57) – “. . . para fazer mais do que teria feito naquele caso, teria que no fundo ter mais tempo . . . para aquele caso e muitos outros.”

(E3: 72) – “. . . é os recursos humanos, é a falta de enfermeiros e é centros de dia . . . é, o que eu acho que faz mais falta na reabilitação do utente toxicodependente.”

(E3: 77) – “. . . na altura, o nosso programa de Metadona tinha 70 utentes, presentemente, tem 150 e não sei se haveria essa disponibilidade ao nível de recursos humanos . . .”

Por outro lado, constata-se que as condições existentes no que diz respeito à instituição são também determinantes para a prestação de cuidados, neste âmbito, os participantes referiram o seguinte:

(E2: 45) – “. . . a limitação às vezes é o tempo e são as condições que as instituições nos dão . . . para desenvolvermos as . . . ações de enfermagem possíveis.”

“A prestação de cuidados de enfermagem de qualidade implica condições de trabalho que permitam a excelência do exercício profissional”, tanto na perspectiva do enfermeiro, como na do indivíduo alvo dos cuidados: no que diz respeito ao enfermeiro porque o trabalho é um direito que o assiste e é um bem social; no que diz respeito ao indivíduo porque “as adequadas condições de trabalho para o enfermeiro e demais profissionais de saúde são um suporte fundamental para garantir o direito ao cuidado de todas as pessoas que recorrem às organizações de saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2005, p. 137).

Apesar dos participantes do estudo terem identificado diversas intervenções referidas anteriormente, identificaram também limitações na realização das mesmas, as quais se prendem essencialmente com as intervenções de enfermagem.

Neste sentido, o autor deste trabalho concluiu que os enfermeiros valorizam as **intervenções interdependentes**, como a administração de terapêutica, mas também valorizam bastante as **intervenções autónomas** de enfermagem.

Neste âmbito, verificou-se no estudo que, devido a factores como o reduzido número de enfermeiros para um número tão elevado de clientes com toxicodependência, conduz à pouca disponibilidade e tempo para estarem com o cliente e conhecê-lo verdadeiramente, os enfermeiros vêem-se assim, obrigados a executar prioritariamente as intervenções interdependentes, minimizando a realização das intervenções

autónomas, o que constitui uma limitação que põe em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem.

4.4.2. Formação ao Longo da Vida

Quadro 4.9 - Limitações nas Intervenções de Enfermagem: **Formação ao Longo da Vida**

Limitações nas Intervenções de Enfermagem	
Formação ao Longo da Vida	
Unidades de Significação	Expressões que caracterizam a Experiência
<p>(E1: 16) - . . . o que é que devemos dizer, . . . como poderemos ajudar, . . . o que devemos dizer, . . . que propostas poderemos fazer, qual a melhor forma de ajudar alguém com uma problemática tão difícil como esta, sem desorganizar a pessoa . . .</p> <p>(E2: 44) - . . . as limitações têm muito a ver com os recursos, com a formação que cada enfermeiro tem, com o que a instituição permite a esse enfermeiro fazer . . .</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incertezas face à orientação adequada; • Insuficientes oportunidades para formação.

A “**Formação ao Longo da Vida**” foi outra essência que emergiu no tema “**Limitações nas Intervenções de Enfermagem**”, aspecto que é fundamental uma vez que a complexidade dos cuidados de enfermagem tem aumentado, tornando-se impossível codificar todas as actividades desta profissão.

Assim, a formação constante dos enfermeiros é essencial para que estes se mantenham actualizados (Benner, 2005). No mesmo âmbito, a Ordem dos Enfermeiros (2004), defende que o desenvolvimento profissional é um domínio da enfermagem que procura a valorização profissional, a melhoria da qualidade dos cuidados e a formação contínua.

Desta forma, pode afirmar-se que é responsabilidade dos enfermeiros manterem-se actualizados, para que desenvolvam competências ao longo da vida, devendo para o efeito perceber quais são as suas necessidades de formação contínua, defendendo

Nunes, Amaral e Gonçalves (2005, p. 137), que “é este processo que torna possível a tomada de decisão ética, essencial para que os cuidados sejam excelentes”.

Assim, a formação ao longo da vida permite ao enfermeiro saber como intervir adequadamente em situações delicadas, tendo em conta a ética do cuidar.

Nesta vertente, verifica-se que a unidade de significação seguinte evidencia os sentimentos de insegurança que o enfermeiro sente na prestação de cuidados numa área tão complexa como a da toxicodependência:

“(E1: 16) - . . . o que é que devemos dizer, . . . como poderemos ajudar, . . . o que devemos dizer, . . . que propostas poderemos fazer, qual a melhor forma de ajudar alguém com uma problemática tão difícil como esta, sem desorganizar a pessoa . . .”

No entanto e pensando num contexto de intervenção à pessoa com toxicodependência, a formação é entendida como um instrumento de interações em que cada um dos elementos da equipa multidisciplinar consegue definir melhor o seu lugar num conjunto de intervenções, o que visa atingir a coerência de todas as intervenções, permitindo a utilização de uma linguagem comum e a compreensão das lógicas e dos limites de cada um, no seio da instituição em que trabalham (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

A formação deve ser interactiva, através da utilização de suportes pedagógicos pluridisciplinares, o que facilita o acesso a informações específicas e pertinentes, sendo necessária a reexaminação das mesmas em relação à realidade local e à acção que pode ser levada a cabo em determinadas situações (Morel, Hervé e Fontaine, 1998).

Assim, compreende-se que a formação é importante, não apenas no grupo de enfermeiros de determinada instituição, mas em todo o grupo multidisciplinar, tentando-se encontrar recursos, meios e conhecimentos que façam face à realidade encontrada. A unidade de significação seguinte, demonstra a limitação da formação relacionada com os enfermeiros e com a instituição:

“(E2: 44) - . . . as limitações têm muito a ver com os recursos, com a formação que cada enfermeiro tem, com o que a instituição permite a esse enfermeiro fazer . . .”

Face à complexidade da pessoa com toxicodependência e conseqüentemente à complexidade de intervenções de enfermagem realizadas neste contexto, surge a constante necessidade de formação dos profissionais de enfermagem que trabalham nesta área.

Assim, foi possível concluir com este estudo que a **formação ao longo da vida** contribui bastante para o sentimento de segurança do enfermeiro que presta cuidados à pessoa toxicodependente, contribuindo ainda para a qualidade dos cuidados prestados, sendo também importante a partilha de conhecimentos no seio da equipa multidisciplinar.

5. Síntese Diagramática das Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência

A Figura 1 reflecte a síntese da interpretação dos dados obtidos no presente estudo. Na interpretação de dados do presente estudo “Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência”, emergiram quatro temas e nove essências que se encontram divididos em dois grupos, que são: Intervenções e Limitações.

O tema “Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação” e as respectivas essências: **Recolha de Dados, Relação de Ajuda, Técnicas de Ajuda, Procedimentos e Informação para a Saúde**, estão inseridas no grupo das intervenções que o enfermeiro realiza na reabilitação da pessoa toxicodependente. Nesse grupo também está incluído o tema “Intervenções Face ao Processo de Reabilitação” e a respectiva essência: **Trabalho em Equipa**, sendo este fundamental no processo de reabilitação, pois a constante troca de informações entre elementos da equipa multidisciplinar e/ou instituições dá visibilidade ao projecto delineado.

No grupo das Limitações está incluído o tema “Limitações no Processo de Reabilitação” no qual emergiu a essência: **Reinserção Social**, e ainda o tema “Limitações nas Intervenções de Enfermagem” do qual emergiram duas essências: **Autónomas e Interdependentes** e a **Formação ao longo da vida**.

No grupo das Limitações o tema “Limitações nas Intervenções de Enfermagem” vai implicar directamente o tema “Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação”, pois, os enfermeiros têm de executar prioritariamente as intervenções interdependentes, minimizando a realização das intervenções autónomas devido à falta de disponibilidade de tempo e recursos humanos, colocando em causa a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Ainda no grupo das Limitações a essência “Reinserção Social” tem uma grande importância na reabilitação da pessoa com toxicodependência, pois como este se encontra excluído pela sociedade, ao não ter recursos físicos que lhe permitam essa reintegração, o seu projecto terapêutico fica assim, seriamente comprometido.

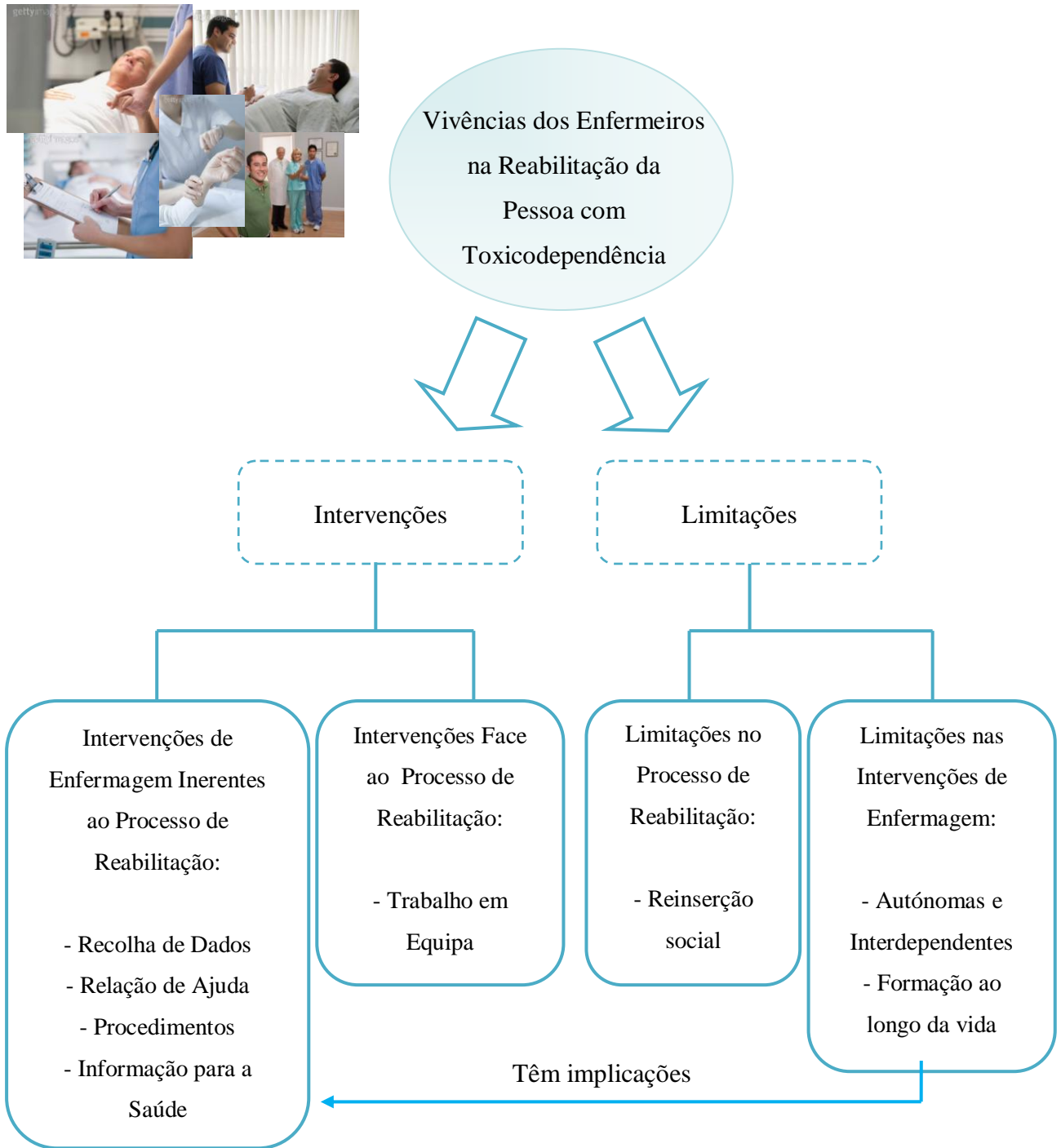


Figura 1 – Síntese diagramática das Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência

6. Conclusão

O presente estudo reporta-se à problemática da toxicodependência, tendo sido estudadas as vivências dos enfermeiros no processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína.

Para a realização deste estudo estabeleceram-se os seguintes objectivos: conhecer as vivências dos enfermeiros face ao processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína; identificar as intervenções dos profissionais de enfermagem ao longo do processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína; identificar as limitações com que os profissionais de enfermagem se deparam durante o processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína.

O principal motivo porque o autor escolheu este tema, esteve relacionado com as poucas, mas marcantes experiências que viveu ao longo da sua formação académica e com a confrontação da existência de poucos estudos de investigação sobre esta temática, na área de enfermagem.

Assim, foi realizado um estudo de paradigma qualitativo e abordagem fenomenológica do tipo exploratório-descritivo. A amostra foi não probabilística e intencional, a qual foi constituída por três enfermeiros, que trabalhavam numa Equipa de Tratamento a pessoas com toxicodependência há mais de um ano e que tinham prestado cuidados a indivíduos de ambos os sexos, dos 25 aos 44 anos e consumidores de heroína e/ou cocaína.

Com a realização de três entrevistas não-estruturadas e audiogravadas, obtiveram-se depoimentos ricos, o que levou a considerar-se que se atingiu a saturação de dados, passando-se então à sua transcrição e validação, bem como à sua interpretação.

Ao interpretar os dados o autor do estudo obteve quatro temas:

- Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação – o qual inclui as essências: “recolha de dados”, “relação de ajuda”, “técnicas de ajuda”, “procedimentos” e “informação para a saúde”;

-
- Intervenções Face ao Processo de Reabilitação – em que a essência encontrada foi o “trabalho em equipa”;
 - Limitações no Processo de Reabilitação – aqui emergiu essência “reabilitação social”;
 - Limitações nas Intervenções de Enfermagem – as quais incluíram as essências “formação ao longo da vida” e as intervenções “autónomas e interdependentes”.

No que diz respeito às Intervenções de Enfermagem Inerentes ao Processo de Reabilitação, concluiu-se que os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem à pessoa com dependência de heroína e/ou cocaína, **recolhem dados**, o que lhes permite conhecerem a pessoa de quem cuidam, de uma forma holística, identificando assim, as suas necessidades e dificuldades ao longo do processo de reabilitação, conforme é evidente nas seguintes unidades de significação:

(E1: 14) – “Quando há uma recaída, perceber que acontecimentos houve na vida dessa pessoa . . . que o levaram novamente a consumir . . .”

(E2: 48) – “. . . fiquei . . . incumbido de gerir esse processo . . . falar um bocado sobre como era o dia dele, como é que ele geria o dia, quando é que ia consumir, . . . no fundo perceber as actividades de vida diárias do indivíduo.”

O conhecimento das informações referidas é alcançado e desenvolvido com a **relação de ajuda** entre os enfermeiros e as pessoas com toxicodependência. A relação de ajuda entre os enfermeiros e os indivíduos é promotora de uma relação de confiança e conseqüentemente de motivação, de promoção da reabilitação e encontro de estratégias para manter o processo de reabilitação.

Assim, todos os participantes apontaram a relação de ajuda como uma das principais intervenções de enfermagem de excelência na prestação de cuidados à pessoa com toxicodependência:

(E1: 2) – “apoio e . . . ajuda na sintomatologia da desabitação física e de uma relação de ajuda, . . . ajudar e apoiar . . . na reposição de um projecto de vida . . .”

(E1: 10) – “. . . é importante ajudar a pessoa a encontrar outros prazeres na vida, outras motivações, . . . outras actividades, outras relações que vão para além da relação com a substância.”

(E1: 15) – “. . . ser capaz de ouvir, de escutar, de perceber, de criar empatia com o outro, relação de confiança, . . . de alguma assertividade no processo.”

(E2: 54) – “Como o relacionamento era diário, uns dias com silêncios, . . . outros dias com palavras, outros dias com coisas simples como uma situação de humor, . . . ajudou a desbloquear algumas situações e a conversar sobre outras coisas sérias que tinham a ver com o indivíduo e no fundo, ajudá-lo a confiar.”

Concluiu-se também, que os profissionais de enfermagem utilizam **técnicas de ajuda**, como o relaxamento e técnicas de comunicação, estimulam o auto-conhecimento e auto-controlo da pessoa com toxicodependência, permitindo aos enfermeiros aproximarem-se da pessoa com toxicodependência, contribuindo assim, para o fortalecimento da relação de ajuda. A sua utilização e importância estão explícitas nas unidades de significação seguintes:

(E2: 34) – “. . . o enfermeiro . . . faz a actividade relacionada com o relaxamento, utilizando o **treino autogénico** de Schultz e também . . . a técnica de Jacobson e a respiração profunda essencialmente, . . . com o objectivo de ajudar os indivíduos . . . a sentirem prazer . . . com . . . o próprio corpo . . .”

(E2: 38) - “. . . acabamos por utilizar técnicas de comunicação que permitem ajudar os indivíduos . . . a terem um desenvolvimento . . . pessoal, . . . de forma a que consigam ganhar mais maturidade e autonomia em relação às substâncias.”

Os **procedimentos**, intervenções interdependentes, como a indução medicamentosa e a pesquisa de metabolitos na urina, constituem outras das intervenções de enfermagem, essenciais na reabilitação da pessoa com toxicodependência.

Estas intervenções de enfermagem são por isso de grande importância no seio da prestação de cuidados à pessoa com toxicodependência, pois permite que seja efectuado

um controlo e cumprimento do programa terapêutico, administrada a terapêutica prescrita e a identificação de eventuais problemas decorrentes do tratamento, sendo bem evidente na seguinte unidade de significação:

(E3: 59) – “. . . fazemos a indução . . . conforme está prescrito pelo médico . . . dos vários tipos de medicamentos . . . e avaliamos o utente . . . diariamente para saber como é que o utente se sente e como é que se está a sentir no seu novo tratamento . . . e, se é necessário mais algum tipo de resposta para além daquele tipo de tratamento.”

Finalmente, a **informação para a saúde** foi a última intervenção de enfermagem identificada no presente estudo que seja pertinente para a situação de cuidados e para a pessoa alvo dos mesmos.

Face aos dados obtidos, informar procura esclarecer eventuais dúvidas e transmitir informação sobre determinados assuntos, considerando-se que a informação é uma estratégia de prevenção, associada sobretudo à diminuição de comportamentos de risco relacionados com os consumos e com doenças sexualmente transmissíveis. Desta forma, uma área de intervenção referida pelos participantes do estudo foi a vacinação. As seguintes unidades de significação evidenciam a essência abordada:

(E1: 5) – “. . . actividades ao nível da prevenção, ao nível da educação para a saúde, ao nível da redução de riscos e da minimização de danos.”

(E2: 23) – “. . . um dos aspectos onde os enfermeiros vão intervir, é na vacinação.”

Outra conclusão importante deste estudo está relacionada com a importância do **trabalho em equipa** no processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência, quer no seio de uma mesma instituição, quer na articulação com outras instituições. O trabalho em equipa permite conhecer a pessoa com toxicodependência de uma forma holística.

Representativa da importância do trabalho em equipa foi a seguinte unidade de significação:

(E2: 33) – “. . . após um diagnóstico da situação de cada utente . . . muitas vezes temos que articular com os outros técnicos e mesmo outras instituições . . .”

A identificação das intervenções de enfermagem aplicadas no cuidado à pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína, leva a concluir que os enfermeiros praticam **intervenções autónomas** e **interdependentes**, que são fundamentais para a reabilitação da pessoa com dependência de substâncias psicoactivas.

No entanto, apesar de estes valorizarem essas intervenções, os mesmos sentem limitações no exercício de ambos os tipos de intervenções, o que se prende com o reduzido número de enfermeiros existente no serviço para um elevado número de clientes com toxicodependência. Assim, os enfermeiros sentem-se obrigados a dar prioridade à realização das intervenções interdependentes, minimizando a realização das intervenções autónomas, conforme está evidente nas unidades de significação seguintes:

(E2: 43) – “. . . como temos poucos recursos humanos, . . . temos que dar prioridade à administração de medicação e todos os cuidados básicos relacionados com isso . . .”

(E2: 56) – “. . . o ratio do enfermeiro para 200 utentes, do que 2 enfermeiros para 200 utentes . . . assim numa forma global . . . vão influenciar os cuidados.”

(E2: 57) – “. . . para fazer mais do que teria feito naquele caso, teria que no fundo ter mais tempo . . . para aquele caso e muitos outros.”

Por outro lado, face à complexidade da pessoa com toxicodependência e consequentemente à complexidade das intervenções, surge a constante necessidade de formação dos profissionais de enfermagem que trabalham nesta área, a qual está explícita na seguinte unidade de significação:

(E1: 16) – “. . . o que é que devemos dizer, . . . como poderemos ajudar, . . . o que devemos dizer, . . . que propostas poderemos fazer, qual a melhor forma de ajudar alguém com uma problemática tão difícil como esta, sem desorganizar a pessoa . . .”

Assim, foi possível concluir que a **formação ao longo da vida** é promotora do sentimento de segurança do enfermeiro que presta cuidados à pessoa toxicodependente, contribuindo também para a qualidade dos cuidados prestados.

Para além das limitações referidas, concluiu-se neste estudo que a dificuldade existente na **reinserção social** da pessoa com toxicodependência, é também dificultadora do seu processo de reabilitação.

Esta dificuldade está relacionada sobretudo com o défice de estruturas sociais que sejam promotoras da reinserção da pessoa com toxicodependência e que garantam às pessoas com toxicodependência, o acompanhamento para se tornarem novamente autónomas no seu processo de reabilitação. Estas conclusões são fundamentadas pelas seguintes unidades de significação:

(E1: 9) – “. . . limitações têm sobretudo a ver com . . . a dificuldade da reinserção social . . .”

(E3: 71) – “Falta . . . recursos . . . de espaços físicos para podermos encaminhar os nossos utentes . . . como complemento ao seu tratamento aqui, para ajudá-lo na reinserção social . . .”

Considera-se que todos os dados obtidos são relevantes para a profissão de enfermagem e para o exercício desta nesta área, porém, há alguns aspectos que se evidenciaram.

A relação de ajuda nesta área é a “ferramenta” de trabalho mais importante, pois é um meio que permite ao enfermeiro aproximar-se do cliente de quem cuida, conhecendo-o e recolhendo dados pertinentes, para efectuar o seu plano de cuidados em conjunto com o cliente, transmitindo-lhe informações importantes que contribuam para a pessoa se conhecer e aderir ao projecto de mudança, contribuindo assim para a reabilitação da pessoa com toxicodependência.

7. Limitações e Implicações

No decorrer da realização deste estudo o autor identificou alguns aspectos que, de alguma forma, limitaram o melhor desenvolvimento do trabalho.

Associado ao facto de este ser o primeiro estudo de investigação que foi efectuado pelo autor, surgiu a inexperiência na realização de todas as etapas inerentes a um trabalho de investigação e ainda à utilização do método fenomenológico.

Há ainda a referir, a dificuldade em gerir os tempos pré-definidos, o que contribuiu para que houvesse uma discrepância nas datas de entrega das diferentes partes do trabalho relativamente ao cronograma elaborado inicialmente.

O facto de o autor ter efectuado o estudo individualmente, por um lado foi benéfico, por outro constituiu uma dificuldade, pois não possibilitou a realização de partilha de opiniões com outro potencial autor do trabalho, contribuindo também para a sobrecarga de trabalho.

Outra limitação sentida na realização deste trabalho, já diagnosticada no início do mesmo, foi a existência de pouca bibliografia recente direccionada para a Enfermagem acerca do fenómeno.

No que respeita às implicações dos resultados para a enfermagem, há que reflectir no facto de terem evidenciado que o desenvolvimento do exercício da profissão de enfermagem nas equipas de tratamento está comprometido, pois o número de enfermeiros é reduzido relativamente ao elevado número de pessoas toxicod dependentes. Este facto limita a disponibilidade de tempo do enfermeiro para realizar prioritariamente as intervenções autónomas, privilegiando assim as intervenções interdependentes, sendo seu exemplo as terapias medicamentosas.

Assim, é importante que a dotação de enfermeiros neste tipo de serviços mereça uma atenção especial, pelas implicações que tem na qualidade dos cuidados de enfermagem.

Futuramente e após a análise dos resultados obtidos, constata-se que a profissão de enfermagem poderá ganhar maior visibilidade e importância nestas equipas de tratamento, pois se houver um maior número de enfermeiros nestas equipas, conseguir-

se-à dar uma melhor resposta no que respeita aos cuidados de enfermagem à pessoa com toxicodependência, permitindo assim, prestar-se cuidados de excelência a estes indivíduos.

8. Sugestões

As conclusões do estudo são reveladoras de que é importante fundamentar e argumentar a necessidade de se integrarem mais enfermeiros nas equipas de cuidados, pois só assim, poderão ser prestados cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com toxicod dependência em reabilitação.

Por outro lado, os resultados permitiram ainda evidenciar, a necessidade de criação de estruturas de apoio à reabilitação da pessoa toxicod dependente na sociedade, emergindo daí novos postos de trabalho para a profissão de enfermagem, o que poderá contribuir para facilitar a integração das pessoas com dependência de substâncias psicoactivas em tratamento, o que equivale a uma redução de despesas em tratamentos do sistema nacional de saúde.

A realização deste estudo de metodologia qualitativa revelou ao autor a existência alargada de fenómenos por estudar ou desenvolver acerca da pessoa com toxicod dependência, nomeadamente em enfermagem.

Assim, é pertinente realizar o mesmo estudo, no mesmo contexto, direccionando-o para as pessoas com toxicod dependência, procurando conhecer as intervenções de enfermagem que as mesmas valorizam, as suas necessidades, as dificuldades, sentimentos e limitações que vivem.

Por outro lado, e pensando que a Enfermagem enquanto ciência e disciplina abrange não só a doença mas também a saúde, é importante estudar a vertente das drogas e toxicod dependência nos adolescentes no contexto da saúde escolar.

É efectivamente aí, no seio da população adolescente, que se efectua os primeiros consumos de substâncias psicoactivas devido à curiosidade dos adolescentes em experimentar. Neste âmbito, a saúde escolar pode ter um papel importante na prevenção de situações de dependência e de psicopatologias inerentes ao consumo de substâncias psicoactivas.

Desta forma, sugere-se que se efectue um estudo de carácter qualitativo numa escola secundária, a jovens dos 16 aos 18 anos, com o objectivo de se conhecerem os principais motivos que levam os adolescentes a consumir, de forma experimental ou continuada.

Referências Bibliográficas

- ✓ American Psychiatric Association (1996). *DSM-IV: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4.^a ed.). Lisboa: Climepsi editores.
- ✓ Angel, P., Richard, D. e Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. (1^a ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Azevedo, M. (2006). *Teses Relatórios e Trabalhos Escolares: Sugestões para a Estruturação da Escrita* (s. ed.). Lisboa: Universidade Católica Editora.
- ✓ Balsa et al (2007). *II Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoactivas na População Portuguesa – 2007* (s. ed). Lisboa: Investigações Sociológicas, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa.
- ✓ Benner, P. (2005). *De Iniciado a Perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (1.^a ed). Coimbra: Quarteto.
- ✓ Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: abordagem psicofisiológica*. (3.^a ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- ✓ Bruto da Costa, A. (2001). *Exclusões sociais* (s. ed.). Lisboa: Gradiva.
- ✓ Chin, P. (1998). Nursing strategies for increasing adherence. *In* Chin, P., Finocchiaro, D. e Rosebrough, A. (Eds) *Rehabilitation Nursing Practice*. s. ed. (pp. 95-107). United States of America: McGraw-Hill.
- ✓ Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3.^a ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Gender, A. (1998). Scope of Rehabilitation and Rehabilitation Nursing. *In* Chin, P., Firocdrioro, D. e Rosebrough, A. (Eds) *Rehabilitation Nursing Practice*. s. ed. (pp. 3-20). United States of America: McGraw-Hill.
- ✓ Hall, C., Lindzey, G. e Campbell, J. (2000). *Teorias da Personalidade*. (4.^a ed.) Porto Alegre: Artmed Editora.
- ✓ Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: Pensamento e acção na perspectiva do cuidar* (s. ed.). Loures: Lusociência.

-
- ✓ Hesbeen, W. (2003). *A Reabilitação: criar novos caminhos* (s. ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ International Council of Nurses (2006). *CIPE©: versão 1*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ✓ Instituto das Drogas e Toxicodependência (2008). Disponível em: <http://www.idt.pt>. Último acesso em 22-11-2009.
- ✓ Lancaster, J., Onega, L. e Forness, D. (1999). Teorias, Modelos e princípios educacionais aplicados à enfermagem comunitária. **In** Stanhope, M. E Lancaster, J. (Eds) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4.ª ed. (pp. 265-283). Lisboa: Lusociência.
- ✓ Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermagem* (s. ed.). Lisboa: Lusodidacta.
- ✓ Lobiondo-Wood, G. e Haber, J. (2001). *Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação Crítica e Utilização* (s. ed.). Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan.
- ✓ Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: proposta de uma teoria de médio alcance* (s. ed.). Coimbra: Formasau.
- ✓ Miguel, N. (1994). Toxicodependência na perspectiva médica. **In** Psicologia da Saúde. *Colectânea de textos: VI volume* (s. ed.). Lisboa: Centro das Taipas.
- ✓ Morel, Hervé e Fontaine (1998). *Cuidados ao Toxicodependente* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- ✓ Neeb, K. (1997). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental* (s. ed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Nunes, L., Amaral, M. e Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: Dos comentários à análise de casos* (s. ed.). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

-
- ✓ Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual e enunciados descritivos* (s.ed.). [S.I]: Ordem dos Enfermeiros.

 - ✓ Ordem dos Enfermeiros (2004). *Divulgar: competências do enfermeiro de cuidados gerais* (s.ed.). [S.I]: Ordem dos Enfermeiros.

 - ✓ Payne, R. (2003). *Técnicas de Relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde* (2.^a ed.). Loures: Lusociência.

 - ✓ Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (s.ed.). Loures: Lusociência.

 - ✓ Phipps, W. (2003). Doença Crónica e Reabilitação. *In* Phipps, *et al.* (Eds) *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6.^a ed. (pp. 145-183). Loures: Lusociência.

 - ✓ Pinto-Coelho, M. (1998). *Toxicodependência: A Liberdade Começa no Corpo* (2.^a ed). Lisboa: Fim de Século Edições Lda.

 - ✓ Poirier, P. *et al.* (2006). “Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease”. *Clinical and Investigative Medicine*, 29, 2. pp. 91-103. Disponível *on-line* em:
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=50&did=1037540131&SrchMode=1&sid=4&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1195497146&clientId=83091>. Último acesso em 10/04/2009.

 - ✓ Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos da pesquisa em enfermagem* (3.^a ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

 - ✓ Potter e Perry (2006). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos* (5.^a ed.). Loures: Lusociência.

 - ✓ Ribeiro, J. (2005). *Psicologia e Saúde* (s. ed.). Lisboa: ISPA

-
- ✓ Ribeiro, S. e Venâncio, S (2008). *Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente nos Centros de Atendimento a Toxicod dependentes na Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo* (s. ed.). Barcarena: [S.e].
- ✓ Rodrigues, L. (2001). *Psicologia. 1º Volume*. (2ª ed). Lisboa: Plátano Editora.
- ✓ Rosa, A., Gomes, J. e Carvalho, M. (2000). *Toxicod dependência: Arte de Cuidar* (1.ª ed.). Coimbra: Formasau – Formação e Saúde Lda.
- ✓ Russell, C., Conn, V. e Jantarakupt, P. (2006). “Older adult medication compliance: integrated review of randomized controlled trials”. *American Journal of Health Behaviour*, 30, 6 (Nov/Dez 2006) pp. 636-650.
- ✓ Seabra, P. (2005). “Cuidar num CAT: O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de uma programa de substituição opiácia”. *Revista Toxicod dependências*. Vol 11, 2. Edição IDT. pp. 57-64.
- ✓ Sebastian, J. (1999). Vulnerabilidade e Populações Vulneráveis: Uma Introdução. **In** Stanhope, M. E Lancaster, J. (Eds) *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4.ª ed. (pp. 681-706). Lisboa: Lusociência.
- ✓ Sequeira, C. (2006). *Introdução à Prática Clínica: Do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica* (1.ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- ✓ Sindicato dos Enfermeiros Portugueses (2006). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros: Um instrumento para a prática profissional* (s. ed.). [S.I]: SEP.
- ✓ Stefanelli, M. et al. (2008). Assistência de Enfermagem à Pessoa com Manifestações de Comportamento Decorrentes do Uso de Substância Psicoactiva. In Stefanelli, M. et al. (eds) *Enfermagem Psiquiátrica em suas Dimensões Assistenciais*. 1.ª ed. (pp. 601- 625). Brasil: Editora Manole.
- ✓ Streubert, H. e Carpenter, D. (2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista* (2.ªed.). Loures: Lusociência.
- ✓ Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e do cuidar, uma teoria de enfermagem* (s. ed.). Loures: Lusociência.
-

✓ World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Disponível *on-line* em: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf. Último acesso em 06-04-2009.

APÊNDICES

Apêndice A: Cronograma

CRONOGRAMA

2009										
Actividades Mês	Março	Abril	Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
Pesquisa Bibliográfica										
Elaboração do Projecto										
Entrega do Projecto		Dia 20								
Pedido de Autorização ao IDT										
Contacto com os Participantes										
Realização das entrevistas										
Transcrição das entrevistas										
Validação das entrevistas										
Análise de dados										
Conclusões										
Entrega da Monografia à Orientadora									Dia 30	
Finalização da Monografia										
Entrega da Monografia										Dia 18

Nota: No decorrer de todo o trabalho serão realizadas reuniões de orientação com a professora orientadora.

**Apêndice B: Carta de Pedido de
Autorização para a realização do
estudo**

Exmo. Sr. Dr. António Maia
Delegado Regional de Lisboa
e Vale do Tejo, do IDT, I.P.

André Filipe Caeiro Calado, aluno do VI Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica/Escola Superior de Saúde Atlântica, que tem como exigência a realização de um trabalho de Monografia, solicita autorização de V. Ex^a para proceder à recolha de dados, junto de enfermeiros do Estabelecimento Terapêutico do Restelo, que tenham colaborado no processo de reabilitação de utentes toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína.

Assim, o estudo tem como objectivo **“Conhecer as vivências dos enfermeiros face ao processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína”**. A colheita de dados será efectuada através da realização de entrevistas não estruturadas, audiogravadas, realizadas aos enfermeiros que se disponibilizem a participar no estudo.

Comprometo-me a zelar pelo direito à liberdade dos informantes que integrarem a amostra e a informá-los acerca do objectivo e da metodologia a utilizar na realização do estudo. Será ainda garantido o anonimato dos participantes e salvaguardado o direito à confidencialidade inerente ao ser humano.

Barcarena, 22 de Maio de 2009

Atentamente,

Aluno:

Prof. Orientador:

André Calado (Tel:965138751)

Mestre Carmo Baltar

**Apêndice C: Termo para a Obtenção
do Consentimento Informado**

Termo de Consentimento Informado

Tema do trabalho de Monografia: “Vivências dos Enfermeiros na Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência”:

Objectivos:

- Conhecer as vivências dos enfermeiros face ao processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína;
- Identificar as intervenções dos profissionais de enfermagem ao longo do processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína;
- Identificar as limitações com que os profissionais de enfermagem se deparam durante o processo de reabilitação da pessoa com toxicodependência de heroína e/ou cocaína.

Metodologia: A colheita de dados será efectuada através da entrevista não estruturada, utilizando audiogravação, aos profissionais de enfermagem que queiram participar no estudo.

Eu, _____, declaro que fui informado(a) dos objectivos e metodologia do estudo intitulado: “Reabilitação da Pessoa com Toxicodependência de Heroína e/ou Cocaína: Vivências dos Enfermeiros”.

Estou consciente de que em nenhum momento serei exposto a danos físicos, emocionais, económicos, sociais ou potenciais efeitos colaterais, em virtude da minha participação nesta pesquisa, e que poderei em qualquer momento recusar, continuar ou ser informado(a) acerca da mesma, sem nenhum juízo para a minha pessoa.

Sei que os dados da entrevista não estruturada, por mim respondidos, serão usados apenas para fins científicos e codificados, assegurando o meu anonimato.

Poderei ser contactado(a) novamente para validação dos dados por mim fornecidos e/ou renegociar o consentimento informado.

A minha privacidade será salvaguardada.

Os resultados do estudo serão por mim consultados sempre que solicitar.

Do que foi anteriormente mencionado, concordo, voluntariamente, em participar no referido estudo.

Participante:

Investigador:

Data: ___/___/___

(André Calado, Tel: 96 51 38 751)

Apêndice D: Entrevista 1

Entrevista 1 (E1)

Questão 1: Descreva as intervenções que como enfermeiro, desenvolve com as pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína?

Investigador – Enfermeiro, descreva as intervenções que como enfermeiro desenvolve com as pessoas toxicodependentes de heroína e/ou cocaína?

Participante – “uhh” (1) - as intervenções que, que como enfermeiro “uhh”, tenho desenvolvido com, com, com “uhh” toxicodependentes de heroína ou cocaína “uhh” têm sido, fundamentalmente, na vertente da desabituação física, visto que tive muitos anos a trabalhar em unidade de internamento e, portanto, eram contextos de (2) - apoio e de ajuda na sintomatologia da desabituação física e de uma relação de ajuda, no sentido, de ajudar e apoiar “uhh” na reposição de um projecto de vida “uhh”, em mudar coisas na vida da pessoa.

Isto porque estar ou ser-se toxicodependente “uhh” não é propriamente um problema, o consumo da substância não é um problema “uhh”, o consumo de uma substância é um sintoma de algo que não está bem com o indivíduo e, enquanto enfermeiro “uhh” a nossa responsabilidade é (3) - identificar “uhh” o conjunto de problemáticas, que a pessoa tem e que são causa do seu mau-estar, da sua insatisfação, da sua incapacidade de descobrir outros prazeres na vida “uhh” e que não permitem à pessoa “uhh” desenvolver outras actividades, desenvolver outras relações.

A vida da pessoa centra-se toda ela à volta do consumo e (4) - ajudar a pessoa a reequacionar, a perceber, a definir estratégias “uhh” relativamente aos aspectos da sua vida em que existem fragilidades que fazem com que a pessoa centre a sua vida no consumo “uhh” tem sido uma dos principais “uhh” intervenções como enfermeiro.

Para além de, obviamente, enquanto técnico de saúde “uhh”, (5) - actividades ao nível da prevenção, ao nível da educação para a saúde, ao nível da redução de riscos e da minimização de danos.

“uhh” Portanto, é todo um conjunto de “uhh”, e (6) - colaborar até inclusivamente na reinserção, “uhh” ai já mais numa perspectiva de parceria “uhh” com as técnicas de

serviço social “uhh” mas, também a reinserção é depois, digamos, um aspecto final do tratamento que é sempre importante.

Portanto, a minha experiência “uhh” ao nível da toxicod dependência foi muito na área do tratamento, “uhh” enquanto técnico do tratamento, no sentido de (7) - ajudar a promover a autonomia que a pessoa necessita, “uhh” para ser capaz de viver sem consumos ou na incapacidade de parar os consumos, “uhh” ajudá-la a identificar as suas fragilidades, também, ao nível da prevenção da recaída, “uhh” é outro aspecto importante.

Quando um toxicod dependente está em abstinência, (8) - fazer a prevenção da recaída acompanhando com regularidade em consultas de enfermagem que permitam perceber como é que as coisas têm evoluído, que dificuldade é que tem sentido, portanto, genericamente é um pouco isto.

Questão 2: Quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicod dependente de heroína e/ou cocaína?

Investigador – Segunda questão, quais as limitações com que se confrontado face à reabilitação da pessoa toxicod dependente de heroína e/ou cocaína?

Participante – As (9) - limitações têm sobretudo a ver com “uhh” a dificuldade da reinserção social, ou seja, é muito difícil, “uhh” dentro desta perspectiva de que a pessoa toxicod dependente é uma pessoa que, “uhh” se revela uma incapacidade de desfrutar dos outros prazeres da vida e que centra toda a sua vida no prazer do consumo.

“uhh” Num processo de reabilitação/reinserção (10) - é importante ajudar a pessoa a encontrar outros prazeres na vida, outras motivações, “uhh” outras actividades, outras relações que vão para além da relação com a substância.

“uhh” A vida de um toxicod dependente, é uma vida de relação quase exclusiva com a substância. Ele levanta-se de manhã a pensar em consumir e deita-se a pensar em consumir e o seu quotidiano é um quotidiano que se desenrola todo ele à volta “uhh” do consumo.

Ele deixa de ter amigos, perde a relação com a família, a capacidade de trabalhar, deixa de ir ao cinema, de ler um livro “uhh”, portanto, a sua vida de relação social, afectiva “uhh” morre e fica exclusivamente centrada na relação com a substância.

“uhh” Criar alternativas a esta situação, é fundamental para haver uma reabilitação, ou seja, “uhh” haver centros de dias onde possam ser desenvolvidas actividades que ajudem a pessoa a redescobrir o prazer da relação com outras coisas, com outras actividades, a ajudá-la a descobrir capacidades profissionais, a reinseri-la no mercado de trabalho, a reorganizar a sua vida de família, a redescobrir o prazer de ter uma família de, de educar os filhos, de estar com os filhos “uhh” e, e (11) - os mecanismos sociais que existem são poucos, quer dizer, faltam centros de acolhimento, faltam centros de dia, “uhh” falta enquadramento de actividades ao nível da reinserção nas estruturas de tratamento que ajudem a pessoa a manter-se sem consumir.

Porque parar de consumir é fácil. É uma coisa que se faz em 3, 4 ou 5 dias. Viver sem consumos é que é complicado, manter-se abstinente é que é difícil e quando trabalhamos ao nível da reabilitação “uhh” estamos a trabalhar para (12) - ajudar a pessoa a manter-se sem consumir.

Isso significa, recriar, reorganizar “uhh” muitos aspectos das vida social, emocional, afectiva, familiar, “uhh” laboral dessa pessoa e (13) - nem sempre é fácil encontrar parcerias, entidades, equipas que trabalhem de uma forma integrada todos estes vectores, que são essenciais para o sucesso do tratamento, porque o tratamento “uhh” não é uma cura milagrosa.

O tratamento é um processo do qual as próprias recaídas fazem parte, até a capacidade de olharmos para a recaída como uma parte do tratamento é importante e também faz parte da própria reabilitação. O reflectir com o utente “uhh” as questões da recaída. (14) - Quando há uma recaída, perceber que acontecimentos houve na vida dessa pessoa “uhh” que o levaram novamente a consumir e tudo isso, são questões com que nos vemos permanentemente confrontados e que nem sempre é fácil encontrar as soluções, porque nem sempre há tempo, pois é um trabalho permanente de reflexão, de procura, de pesquisa, de nunca desistir, de (15) - ser capaz de ouvir, de escutar, de perceber, de criar empatia com o outro, relação de confiança, “uhh” de alguma assertividade no processo. Portanto, essencialmente estas questões.

Questão 3: No âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Investigador – Terceira questão, No âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Participante – Uma situação, em que eu, que eu tenha de intervir e que me tenha marcado? “uhh” “uff” por exemplo, houve uma rapariga com 25, 26 anos que teve internada, tinha uma criança pequena, um filho com um ano de idade, “uhh” que era filho do pai dela, portanto, era fruto de uma relação incestuosa e a vivência emocional, a experiência de contacto de grande proximidade com a situação, destas, foi profundamente marcante, pelas, “uhh” pela intensidade dos dilemas que se colocavam, a abordagem “uhh” e pela problemática em si.

É das coisas que foi mais marcante em termos da minha vivência com uma utente toxicodependente onde, o consumo nesta mulher assumia claramente uma forma de suportar a, a angústia de uma relação incestuosa e que “uhh” ela não conseguia suportar de outra forma que não fosse mantendo-se a consumir e, portanto, “uhh” tentar “uhh” ajudar uma pessoa com uma problemática destas é extraordinariamente complexo e, coloca-nos dilemas nos momentos de intervir muito grandes.

Até onde é que devemos intervir, (16) - o que é que devemos dizer, “uhh” como poderemos ajudar, “uhh” o que devemos dizer, “uhh” que propostas poderemos fazer, qual a melhor forma de ajudar alguém com uma problemática tão difícil como esta, sem desorganizar a pessoa, sem descurar, que apesar de toda esta situação ela tem que ser mãe daquela criança. “uhh” Como podemos ajudar a desenvolver as suas competências como mãe. “uhh” Foram questões muito complicadas na, na altura e muito difíceis e que deixaram uma marca profunda no ter vivido e acompanhado esta situação.

Questão 4: Reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Investigador – Quarta pergunta e última, reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto na sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Participante – Não, acho que não, acho que a forma como entrevi “uhh” foi correcta. Acho que as dúvidas que tive eram legítimas, que, que “uhh” a forma cautelosa e reflectida e interagindo com a equipa, discutindo permanentemente como havíamos de abordar as questões, foi correcta, “uhh” acho que não interviria de uma forma diferente.

Acho que entrevi de uma forma ética, “uhh” eticamente correcta e profissionalmente adequada, ainda que, sempre com algum (17) - sentimento de alguma impotência, alguma frustração de não ter capacidade de resolver a questão de uma forma mágica, mas interiorizando que às vezes basta escutar, basta ouvir, basta ajudar a reflectir algumas questões “uhh” e que as soluções às vezes se constroem a partir de pequenos passos, onde intervêm muitos técnicos e penso que a forma como entrevi foi correcta, não interviria de forma diferente.

Quadro E1 - Unidades de Significação

(1) - . . . as intervenções . . . têm sido, fundamentalmente, na vertente da desabilitação física . . .

(2) - . . . apoio e . . . ajuda na sintomatologia da desabilitação física e de uma relação de ajuda, . . . ajudar e apoiar . . . na reposição de um projecto de vida . . .

(3) - . . . identificar . . . o conjunto de problemáticas, que a pessoa tem e que são causa do seu mau-estar . . .

(4) - . . . ajudar a pessoa a reequacionar, a perceber, a definir estratégias . . . relativamente aos aspectos da sua vida em que existem fragilidades . . .

(5) - . . . actividades ao nível da prevenção, ao nível da educação para a saúde, ao nível da redução de riscos e da minimização de danos.

(6) - . . . colaborar . . . na reinserção, . . . numa perspectiva de parceria . . . com as técnicas de serviço social . . .

(7) - . . . ajudar a promover a autonomia que a pessoa necessita, . . . ajudá-la a identificar as suas fragilidades, também, ao nível da prevenção da recaída . . .

(8) - . . . fazer a prevenção da recaída acompanhando com regularidade em consultas de enfermagem, que permitam perceber como é que as coisas têm evoluído, que dificuldade é que tem sentido . . .

(9) - . . . limitações têm sobretudo a ver com . . . a dificuldade da reinserção social . . .

(10) - . . . é importante ajudar a pessoa a encontrar outros prazeres na vida, outras motivações, . . . outras actividades, outras relações que vão para além da relação com a substância.

(11) - . . . os mecanismos sociais que existem são poucos, . . . faltam centros de acolhimento, faltam centros de dia, . . . falta enquadramento de actividades ao nível da reinserção nas estruturas de tratamento que ajudem a pessoa a manter-se sem consumir.

(12) - . . . ajudar a pessoa a manter-se sem consumir.

(13) - . . . nem sempre é fácil encontrar parcerias, entidades, equipas que trabalhem de uma forma integrada todos estes vectores, que são essenciais para o sucesso do tratamento . . .

(14) - Quando há uma recaída, perceber que acontecimentos houve na vida dessa pessoa . . . que o levaram novamente a consumir . . .

(15) - . . . ser capaz de ouvir, de escutar, de perceber, de criar empatia com o outro, relação de confiança, . . . de alguma assertividade no processo.

(16) - . . . o que é que devemos dizer, . . . como poderemos ajudar, . . . o que devemos dizer, . . . que propostas poderemos fazer, qual a melhor forma de ajudar alguém com uma problemática tão difícil como esta, sem desorganizar a pessoa . . .

(17) - . . . sentimento de alguma impotência, alguma frustração de não ter capacidade de resolver a questão de uma forma mágica, . . . às vezes basta escutar, basta ouvir, basta ajudar a reflectir algumas questões . . .

Apêndice E: Entrevista 2

Entrevista 2 (E2)

Questão 1: Descreva as intervenções que como enfermeiro, desenvolve com as pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína?

Investigador – Descreva as intervenções que como enfermeiro desenvolve com as pessoas toxicodependentes de heroína e/ou cocaína?

Participante – Como enfermeiro, “uhh” trabalhei na área, portanto da toxicodependência, as intervenções que nós efectuamos com os indivíduos toxicodependentes, (18) - prendem-se muito com as terapias medicamentosas, ou seja, existem programas, como o programa de substituição opiácea, com Metadona, “uhh” onde os enfermeiros têm um papel muito activo, essencialmente, no atendimento aos indivíduos na altura em que eles vêm.

Portanto, fazer, a toma de Metadona, a administração diária ao CAT, e, “uhh” e, (19) - aproveitamos para observá-los, portanto, perceber como é que as coisas estão a correr, fazer alguns registos, de acordo com o que observamos e, mantermos um trabalho de equipa articulado com os outros técnicos da equipa de tratamento, isso obriga de alguma maneira também a descrever o circuito do utente “uhh” neste tipo de instituição.

Portanto, hoje em dia, as equipas de tratamento estão distribuídas por todo o país e, são equipas que funcionam, portanto, em regime ambulatorio, estas equipas antes denominavam-se CAT's, ou seja Centro de Atendimento a Toxicodependentes, onde o indivíduo no primeiro contacto com a instituição, pode ser telefónico ou presencial, faz um pedido de ajuda, o indivíduo vem fazer o pedido de ajuda e, geralmente, pede-se para ele vir presencialmente e para ser o próprio, não ser uma terceira pessoa.

Tem que se dirigir, portanto, ao atendimento onde estão técnicos de, de, “uhh” técnicos, “uhh” técnicos psicossociais, portanto, são pessoas que fizeram um curso profissional do 9º ao 12º ano, que têm uma preparação específica para atender este tipo de, clientes no fundo, “uhh” essa preparação faz com, façam um trabalho mais diferenciado, do que fazem os simples administrativos, portanto, que é uma figura que existe muito ainda ao nível dos centros de saúde. Estes técnicos têm uma preparação

especial para acolher estes indivíduos, portanto, durante a inscrição que é feita num guiché de atendimento, eles tiram, portanto, os dados dos administrativos essenciais do indivíduo, o nome, a data de nascimento e marcam-lhe então uma primeira entrevista de acolhimento.

Nesta equipa de tratamento essa primeira entrevista de acolhimento é feita entre um técnico de, superior de saúde e, “uhh” um técnico psicossocial. Os técnicos superiores de saúde que fazem este acolhimento, pode ser um enfermeiro, pode ser um psicólogo ou pode ser um técnico de serviço social, o que acontece é que os enfermeiros como, realmente são um número muito reduzido e, têm um grande número de utentes a cargo, “uhh”, não têm esta possibilidade de estar sempre a fazer este tipo de acolhimentos. “uhh”, nesta E.T. “uhh” (20) - está determinado que fazem este tipo de acolhimento, essencialmente, àqueles indivíduos que já vêm de programas de substituição e que vêm transferidos de outras unidades, ficando também, terapeutas de referência desses indivíduos.

O que é que acontece em relação ao terapeuta de referência? (21) - Terapeuta de referência, funciona como sendo, por exemplo, um gestor de caso, uma pessoa que vai acolher aquele indivíduo, juntamente com um técnico psicossocial e por norma vai ficar a gerir as necessidades daquele indivíduo, portanto, vai ajudá-lo a fazer um percurso de reabilitação ou reinserção dentro desta E.T.

Terapeuta de referência, . . . um gestor de caso, uma pessoa que vai acolher aquele indivíduo, . . . e por norma vai ficar a gerir as necessidades daquele indivíduo, . . . vai ajudá-lo a fazer um percurso de reabilitação ou reinserção.

Como é que isso se processa? “uhh” a pessoa, se por exemplo, tiver mais necessidades sociais, imaginando que é uma pessoa que está de momento sem-abrigo, “uhh” faz-se então o acolhimento com um técnico psicossocial e com, por exemplo, o psicólogo, mas entende-se que o técnico que deve intervir prioritariamente, será o técnico de serviço social, ou seja, aquele primeiro momento de acolhimento, em que a pessoa é recebida na E.T. e fornece então uma, “uhh”, o princípio de uma história de vida, porque existe um, um instrumento de colheita de dados, que é uma entrevista semi-estruturada que, portanto, vai abordar todos os aspectos da história de vida, “uhh” daquela pessoa, “uhh”.

Entendem-se, por exemplo, neste caso o indivíduo ser sem-abrigo que tem mais necessidades sociais, é preciso arranjar um tecto para morar, é preciso, que tenha uma alimentação mais cuidada se a pessoa não se está a alimentar bem, que tenha também cuidados de higiene e conforto e, portanto, nessa primeira fase é muito importante o técnico de serviço social, imaginando que é uma pessoa que tem muitos problemas também a nível físico “uhh” e que é necessário um outro tipo de atenção, uma pessoa muito desnutrida, muito desidratada, com muitas feridas, com, com, feridas resultantes, por exemplo, de injeções “uhh” que tenha dado e que tenham originado abscessos, ou infecções a nível dérmico, ou mesmo, que haja um risco, por exemplo, a nível cardíaco, em que a pessoa, por exemplo, possa vir com febres e se sabe que injecta e que não tem determinados cuidados e, onde é necessário intervir também (22) - em termos de educação para a saúde, ai um enfermeiro também pode ser muito importante, “uhh”.

O psicólogo também intervém desde o início, embora o psicólogo neste tipo de sistema do técnico de referência, seja mais importante quando as pessoas têm coisas internas para trabalhar, se for um indivíduo mais diferenciado, por exemplo, entrou no mundo da toxicodependência, “uhh”, por exemplo, através do consumo de cocaína, que é um indivíduo que trabalha, que tem uma vida estruturada mas que entretanto ficou dependente psicologicamente daquela substância, o psicólogo pode ajudá-lo, desde que a pessoa tenha insight logo desde o primeiro momento e, portanto, aí pode haver possibilidade de, sendo o psicólogo o terapeuta de referência, ser ele essencialmente a seguir.

Todos os indivíduos que sejam acolhidos neste tipo de instituição, têm que ter uma avaliação médica obrigatória onde é pedido por norma, análises clínicas de rotina, de infecciologia, electrocardiograma e, também o rastreio do bacilo de koch, ou seja, fazer o BCG e fazer uma micro. Isto porquê? Porque isto é uma população com muita morbidade, essencialmente, relacionada com hepatites A, B, C, com maior incidência da C. A e B há vacina e portanto, um, (23) - um dos aspectos onde os enfermeiros vão intervir, é na vacinação.

“Uhh” depois temos também a transmissão de VIH, também é uma problemática da população toxicodependente e, ainda temos, a tuberculose, portanto, (24) - este

rastreio, esta avaliação médica onde os enfermeiros também participam é muito importante desde o início.

Depois temos a avaliação social, não é, que é sempre importante, porque as pessoas, às vezes, até podem, aparentemente, ter uma vida desafogada, ter uma formação superior mas terem problemas que façam com que, por exemplo, apesar de terem uma aparência “uhh” de viver bem, terem muitas dívidas contraídas, portanto, uma pessoa pode ter um bom carro e estacionar ali um belo jipe e não estar a pagá-lo, portanto, pessoas que no fundo, acabam por viver acima das suas possibilidades, isto porque também, substâncias como a cocaína levam por vezes, a “uhh” a consumos elevados e a gastos muito elevados.

Há pessoas a gastarem 200 euros em cocaína com grande facilidade num dia e se nós fizermos as contas, 200 euros por dia ao fim de um mês, é uma quantidade exorbitante, não é. Ou seja, as pessoas vão, vão começando a contrair dívidas. Algumas depois, acabam também por ter problemas judiciais, derivados de não pagarem empréstimos, outras derivados, de “uhh” efectuarem roubos “uhh” e crimes vários. Felizmente, “uhh” “uhh” a frequência destas situações é maior do que, na população em geral mas não é tão grande como à partida as pessoas “uhh” podem pensar, portanto, não, não se percebe que, que sejam assim muito, muito, muito elevada.

“Uhh” portanto (25) - o terapeuta de referência acaba por ajudar a pessoa a fazer, então, o seu trajecto de tratamento e reabilitação, que tem avanços e retrocessos, portanto, quem trabalha nesta área tem que ter a noção que as recaídas fazem parte do processo e, que a pessoa que faz um pedido de ajuda, muitas vezes, é ambivalente em relação ao pedido de ajuda, porque o fenómeno da dependência é muito forte e a tendência para poder recair também está sempre presente. “uhh”.

O enfermeiro em termos de programa de substituição, . . . acaba no fundo por estar a observar o indivíduo . . .

(26) - O enfermeiro em termos de programa de substituição, portanto, acaba no fundo por estar a observar o indivíduo se vem mais triste, se vem mais alegre, se aconteceu algum, se houve algum acontecimento de vida, que tenha motivado a uma crise “uhh”, que o leve a consumir ou que ele dê como motivo para consumir, por exemplo, uma ruptura afectiva com, com um familiar, uma situação de desemprego

“uhh”, ou seja, existem múltiplos acontecimentos de vida que as pessoas que têm toxicodependência podem referir como motivos para, para reactivarem um consumo.

“Uhh” outro tipo de intervenções, portanto, (27) - o enfermeiro também é **terapeuta de referência**, acaba por ser dos indivíduos “uhh”, individualmente, como **pode aplicar técnicas “uhh” da área também psicológica**, ou seja, “uhh”, **técnicas da área cognitivo-comportamental**, porque mesmo a filosofia dos programas de substituição assenta também nessa base.

Por exemplo, um indivíduo que tenha análises “uhh” para pesquisa de metabólitos, drogas positivos, não pode levar doses, por exemplo, de fim de semana, “uhh”, tem que vir diariamente à equipa de tratamento fazer a toma, quando há uma evolução positiva em termos de reabilitação a pessoa vai ganhando também autonomia em relação ao programa, ou seja, num medicamento opiáceo como a Metadona que é para fazer presencialmente, começa então, a ser um medicamento da pessoa, que pode ser a própria a gerir em casa, ou seja, começa a levar doses, por exemplo, para uma semana e, é ela que faz a toma como qualquer outro medicamento em casa, de forma autónoma.

Numa fase intermédia pode haver, por exemplo, um familiar a ajudar nesse processo, e ser o familiar então a substituir no fundo o enfermeiro e dar o medicamento em casa de forma vigiada, “uhh” todas (28) - **estas actividades implicam que os enfermeiros “uhh” façam ensinamentos quer aos próprios toxicodependentes, quer aos familiares**, podem incidir, portanto, nas patologias sobre as quais tem maior cormobilidade, desde, portanto, as hepatites ao HIV a outras doenças sexualmente transmissíveis, ou mesmo até, patologias do foro mental “uhh” pode também incidir sobre cuidados de higiene básicos sobre.

Problemas sazonais, por exemplo, estou-me a lembrar que nesta altura as pessoas começam a ir para a praia, portanto, aqueles cuidados que nos centros de saúde, os outros enfermeiros em termos de educação para a saúde, praticam, nós aqui também, também o fazemos. E porquê? Porque estas pessoas tiveram “uhh” um trajecto de vida muito ligado às drogas e houve cuidados básicos sobre os quais nunca pensaram, por exemplo, a higiene oral “uhh” até porque a própria heroína e a cocaína acabam por ajudar a destruir “uhh”, o, o aparelho dentário vá e, e o que depois tem influência na

alimentação e nos, nos problemas gástricos que possam ter porque se não tem os dentes em condições depois também não vão mastigar bem, se não vão mastigar bem os alimentos vão menos triturados e depois todos os problemas que isso pode acarretar.

Em termos de protecção solar, alguns têm crianças, portanto, ajudamos também um bocadinho a que percebam a importância de tratar as crianças como crianças e não como pequenos adultos, também a protege-las do sol nesta altura, agora quando entrar o inverno a terem cuidados também com “uhh”, com os factores ambientais, com a roupa adequada a estação do ano “uhh” com a importância das lavagens das mãos, não é, que isso é uma preocupação constante.

Agora, realmente (29) - a intervenção é muito auto-limitada no tempo, “uhh”, ou seja, o enfermeiro quando está a administrar o medicamento tem que fazer logo um diagnóstico da situação, para ajudar a pessoa a resolver aquele problema, se for problemas deste género, em que a (30) - educação para a saúde ou sessões psicoeducativas sejam muito importantes, o enfermeiro tem um papel muito activo, se for outro tipo de problemas, mais específicos dos indivíduos, por exemplo, se for um problema social relacionado com desemprego, procura-se sempre ou articular ou dar a conhecer ao elemento da equipa que tem mais ligação a essa situação, que será o técnico superior de serviço social.

Se existe uma depressão grave ou uma ideação suicida que seja identificada aqui, procura-se que haja uma intervenção do psicólogo, ou mesmo, do psiquiatra. Às vezes, se é necessário também há a administração de mais medicação após avaliação médica, portanto, no fundo (31) - o enfermeiro acaba por conseguir, em relação, aos utentes que segue como terapeuta de referência ou então que segue em contexto de programas de substituição, acaba por ser, “uhh”, um técnico que consegue identificar situações-problema, estabelecer um, objectivos, fazer as acções de enfermagem correspondentes, muitas vezes, encaminhado realmente para outros técnicos porque isso é um trabalho em equipa e, e felizmente nós temos uma equipa multifacetada que permite isso.

Portanto, (32) - muitas vezes, em termos de programa como não temos tempo, nem recursos humanos para intervirmos de forma mais profunda. Portanto, no fundo, resumindo, aplica-se as etapas do processo de enfermagem “uhh” (33) - após um diagnóstico da situação de cada utente “uhh” muitas vezes temos que articular com os

outros técnicos e mesmo outras instituições, desde, hospitais, centros de saúde, estabelecimentos prisionais, farmácias.

Também acabamos por ter depois outras actividades um pouco mais especializadas que não são muito comuns, por exemplo, a intervenção em programas diferentes do programa de substituição, como neste caso, na nossa equipa de tratamento.

Temos um chamado programa estruturado de tratamento, onde (34) - o enfermeiro “uhh” faz a actividade relacionada com o relaxamento, utilizando o treino autogénico de Schultz e também “uhh”, portanto, o, a técnica de Jacobson e a respiração profunda essencialmente, “uhh” de alguma maneira com o objectivo de ajudar os indivíduos “ahhm” a sentirem prazer com, com actividades relacionadas com sentir o próprio corpo, “uhh” independentemente de substâncias, ou seja, as pessoas conseguem perceber através da prática destas actividades de relaxamento que o corpo delas também é fonte de prazer, “uhh” de forma curiosa, os utentes respondem positivamente à actividade e ficam surpreendidos, porque muitos deles nunca tiveram a oportunidade de fazerem nada semelhante.

Somos também muitas vezes chamados quando não existem médicos na E.T., a (35) - esclarecer algumas duvidas relacionadas com medicações que os indivíduos fazem, sejam ao nível dos antidepressivos, neurolépticos ou, ou outro tipo de medicamentos “uhh” quando há um problema também a nível biológico, nível físico os outros técnicos.

(36) - Os utentes também nos procuram sobre pequenas, pequenas, pequenos problemas que sintam, como por exemplo, “uhh” nódulos, “uhh” febres, “uhh” sintomas respiratórios, pequenas feridas, entorses, “uhh” portanto, situações desse género procuram sempre uma ajuda e nós mediante o tempo disponível, apesar de não ser, “uhh” em termos de, de actuação, não ser o comum, não é, procuramos ajudar sempre dentro do possível e quando não conseguimos, encaminhamos também para outros colegas ou para o centro de saúde ou para os médicos, não é, por exemplo, (37) - pensos, nós aqui podemos fazer uma primeira abordagem, essencialmente, utilizando o betadine, uma desinfeção, mas depois para outro tipo de acções temos que realmente encaminhar para o centro de saúde, que tem as condições e tem a sala de pensos adequada para fazer isso.

No fundo somos, “uhh” fazemos um bocadinho de ponto de alerta da situação dos indivíduos e depois colaboramos no, no tratamento dos mesmos e quando somos técnicos de referencia, fazemos todo o trajecto com o utente, não é, sendo ele o responsável, “uhh” depois cada um de nós pode utilizar as teóricas que, que, de enfermagem que conseguir, eu, por exemplo, gosto da “Peppe al” (não sei que teórica é esta, tenho que esclarecer com o enfermeiro) e gosto também da Betty Newman, “uhh” seja como for, também há metodologias da área psicológica que no fundo também são fáceis de aplicar, como este da área cognitivo comportamental e, portanto, também temos tido alguma formação em termos de entrevista motivacional e do modelo transteórico da mudança do Procas e do Diclemente e (38) - acabamos por utilizar técnicas de comunicação que permitem ajudar os indivíduos “uhh” a terem um desenvolvimento “uhh” pessoal, o melhor possível, de forma a que consigam ganhar mais maturidade e autonomia em relação às substâncias.

Questão 2: Quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicodependente de heroína e/ou cocaína?

Investigador – “Uhh” 2.^a pergunta enfermeiro, quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicodependente de heroína e/ou cocaína?

Participante – (39) - As limitações decorrem das dificuldades individuais resultantes da singularidade de cada indivíduo, ou seja, os aspectos relacionados com “uhh” a sua personalidade, o tipo de rede social, de apoio que tem, “uhh” o tipo de ajuda que procura, o que motiva essa ajuda, se a pessoa vem muito ambivalente ou não.

Portanto, factores pessoais que têm a ver com o próprio toxicodependente, às vezes, são limitações. Por outro lado, (40) - as experiências de vida que muitos deles têm que são relatadas, muitas vezes, fornecem-nos “uhh” pontos de apoio para perceber como é que os podemos ajudar, ou seja, o percurso toxicodependência também acaba por ter alguns pontos que são positivos, porque muitas vezes eles conseguem obter coisas, onde têm que ser estimulados grandemente, por exemplo, a criatividade e a imaginação.

Há indivíduos que para obterem a substância foram muito criativos e conseguiram, por exemplo, não entrar “uhh” no mundo do crime, por exemplo, alguns

desenvolveram competências relacionadas, por exemplo, com as artes, “uhh” lembrei-me de um ou outro caso, há indivíduos que realmente pintam bem, o que eles depois acabam por querer é que a sua arte para a pintura tem a ver com o consumo da substância e, muitas vezes isso não, não é bem assim, as pessoas já têm uma tendência natural para aquela arte e, portanto, conseguem pintar por, por criatividade própria e não da substância.

Outro tipo de limitações, tem a ver realmente com, com a história dos enfermeiros a nível das equipas de tratamento, realmente, há uma grande, há o passado em que (41) - os enfermeiros realmente entraram nesta área da toxicodpendência “uhh” pela via da administração dos fármacos e, portanto, isso ainda hoje é muito presente para muitos enfermeiros e, e para os outros técnicos, ou seja, os outros técnicos ligam muito o enfermeiro, muitas vezes, aos aspectos biológicos e físicos e médicos, “uhh” e depois como no fundo acaba por haver espaços de sobreposição entre os técnico.

O técnico de serviço social, “uhh”, “uhh”, às vezes, entre aspas, mas pensa que é dono de toda a parte social, o psicólogo, de toda a parte psicológica, o psiquiatra, toda a parte psiquiátrica que englobaram a psicológica de alguma maneira e a médica, por exemplo, a parte de clínica geral ou de infecciologia, muita parte física.

Quando os técnicos já têm uma certa maturidade e uns anos de serviço acabam por conseguir aceitar que no fundo isto tudo é integrado.

Nós enfermeiros no fundo, acabamos por respeitar todas as áreas, porque todas acabam por contribuir para os nossos diagnósticos e para nossas avaliações e para o processo de enfermagem. (42) - Vemos a pessoa como um todo e singular, o que nos obriga a ter em atenção todos os aspectos do indivíduo, seja, os psicológicos, os emocionais, seja os fisiológicos, ou seja os biológicos e, portanto, acabamos por alguma maneira ter uma visão muito abrangente daquele indivíduo, independentemente, de a nossa entrada neste tipo de instituição ser muito por via da administração medicamentosa, mas realmente, quando olhamos para o indivíduo vemos o todo e não só, aquele momento da administração e só dar o fármaco.

É claro, que uma das limitações é, é o número de recursos humanos, (43) - como temos poucos recursos humanos, “uhh” temos que dar prioridade à administração de medicação e todos os cuidados básicos relacionados com isso, portanto, no fundo, dar o

medicamento certo, ao doente certo, a dose certa, na altura certa e, portanto, acabamos por ter que ter muita atenção a essa área e só depois, “uhh” é que nos podemos libertar para as outras áreas de forma mais efectiva.

Se houver recursos, conseguimos, se não houver, realmente isto é o essencial. Claro que tentamos sempre fazer um bocadinho mais, mas nunca descurando isto, porque se nós “uhh” acabarmos por estar a dar muita atenção a um individuo na vertente psicossocial e se nos enganarmos no medicamento, não estamos a fazer um bom acto, portanto, se nós não articularmos com outra instituição, por exemplo, o indivíduo que vai de férias para o Algarve, se lhe dou muito atenção ou a ele ou a outro que vem muito deprimido, e não consigo gerir muito bem o meu tempo e o tempo do indivíduo.

Eu posso resolver o problema que ele tenha tido, por exemplo, um conflito com o familiar e sair daqui menos triste do que quando entrou e, com algumas soluções que não tinha pensado mas que aqui, se permitiu a pensar comigo e arranjar algumas soluções, o próprio arranjou algumas soluções para ir poder resolver esse conflito e sair daqui mais satisfeito, mas se eu realmente não articulei o problema das férias dele com o Algarve, por exemplo, que tive esse tempo com ele, já o vou prejudicar, ou seja, nós no fundo temos que ser muito, essencialmente, muito bons gestores do nosso tempo, do que fazemos e, e do tempo dos outros.

Portanto, se houver recursos conseguimos fazer isto com mais à-vontade, se não houver, realmente é importante é que realmente ele quando for para o Algarve tenha lá o medicamento, porque se não o tiver, como é um medicamento que cria dependência a pessoa vai lá estragar mais a sua vida, portanto, a tristeza que tinha aqui do conflito, chega lá, por exemplo, uma característica que é presencial nos indivíduos é a impulsividade, chega lá não tem o medicamento, “uhh” vai levá-lo a voltar a consumir e até pode ser uma pessoa que já não estava a consumir drogas à algum tempo, estava a fazer o medicamento.

Portanto (44) - as limitações têm muito a ver com os recursos, com a formação que cada enfermeiro tem, com o que a instituição permite a esse enfermeiro fazer e, eu em termos, comecei realmente a dar muita medicação mas depois com muita auto-formação e com muita vontade, fui-me formando cada vez mais, nas reuniões de equipa fui intervindo sobre os casos, fui, fui fazendo as minhas histórias de enfermagem, os

meus processos de enfermagem em relação aos doentes, o que me permitiu que quando fosse intervir nas reuniões, ter “uhh” , portanto, apresentar soluções com assertivamente, e para aquelas que não tinha solução pedir ajuda à equipa ou, ou ajudar a equipa a pensar o caso, de forma, a sair com uma solução o mais adequada possível para aquele caso.

Isto, é o crescimento que cada um de nós tem que fazer e muitas vezes depende muito também da utilização do nosso tempo pessoal em termos de auto-formação. Portanto, (45) - a limitação às vezes é o tempo e são as condições que as instituições nos dão para, para desenvolvermos as melhores acções de enfermagem possíveis. Depois temos que ter também algum cuidado para não ultrapassar as nossas competências e entrar nas competências dos outros técnicos, ou seja, tem que ser tudo com muito bom senso.

Questão 3: No âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Investigador – Terceira pergunta, no âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Participante – “uhh” posso-me lembrar aqui de um caso, assim muito rapidamente, de um indivíduo que entrou no programa de substituição com Metadona, isto noutra E.T., não nesta, “uhh” que não parava de consumir, “uhh”, pronto, consumia heroína e cocaína “uhh” e que a pouco e pouco numa relação diária, onde realmente eu atendia, porque era o único enfermeiro naquele horário durante anos, “uhh”, mas esta situação durou para ai uns 8 meses.

O indivíduo foi subindo a Metadona para anular os consumos de opiáceos, como sabem a Metadona é um Agonista opiáceo, “uhh” mas em relação à cocaína não se consegue fazer nada, a pessoa mantinha-se a consumir cocaína. Esse utente era de outra, de outra terapeuta ou técnica de referência, se lhe quisermos chamar assim, que era uma psicóloga, só que a adesão às consultas não era muito grande, seja como for, (46) - foi com o contacto diário que me permitiu ir conhecendo aquela pessoa.

Percebi que essa pessoa tinha uma profissão onde realmente se ganha bastante dinheiro, se for um bom profissional, portanto, era um cabeleireiro, era uma pessoa que tinha nascido no Porto onde viveu alguns anos, tinha um irmão mas não se davam muito bem, entretanto perdeu o pai e, e decidiu vir trabalhar para Lisboa. “uhh” Era uma pessoa muito introvertida com alguma dificuldade no contacto “uhh”, mas que **a pouco e pouco me foi confidenciando algumas situações** “uhh”, onde percebi que realmente era uma pessoa que estava no fundo muito sozinha e que as vezes que saía com alguns amigos, “uhh” tinha a ver “uhh” com, com os consumos mas, no fundo em termo afectivos não, não pareceu ser uma pessoa que tivesse uma relação afectiva estável com alguém e mesmo as relações familiares eram muito, muito ténues, muito fracas e ele evitava inclusive “uhh” os contactos com a família. “uhh”.

Ao longo das conversas e pequenos contactos, muitas vezes (47) - **a nossa intervenção** quando estamos a administrar Metadona, **pode durar 20 segundos, como pode demorar 5 minutos** “uhh” e com este indivíduo realmente, **a maior parte dos contactos no inicio eram os 20 segundos, com o tempo foi aumentando**. Entretanto, este indivíduo com a continuação **começou a confiar mais, a falar um pouco mais** “uhh” **de si**, “uhh” **da sua problemática**, houve uma reunião de equipa, pronto onde discutimos o caso, por minha iniciativa, “uhh” a técnica que se usaria se ele não aderisse às consultas “uhh” pronto. Realmente, ele não, não tinha ainda conseguido atingir esse patamar e estavam a pensar em, em desce-lo para, desce-lo para Metadona, para que, de alguma maneira, “uhh” parasse os consumos de cocaína e tivesse que reatar os de heroína. A outra hipótese seria, subir ainda mais a Metadona “uhh” e tentar que parasse também a heroína.

Como no fundo, eu era a pessoa que tinha a relação diária com ele, (48) - **fiquei de alguma maneira, incumbido de gerir esse processo** e, portanto, fui falando com ele, fui, fui percebendo um pouco a história dele e, e combinei com ele e ele aderiu, portanto, concordou em subirmos então, a Metadona e **falar um bocado sobre como era o dia dele, como é que ele geria o dia, quando é que ia consumir**, “uhh” portanto, **no fundo perceber as actividades de vida diárias do indivíduo**. “uhh”

(49) - **Depois dessa colaboração**, realmente fomos subindo a Metadona “uhh” **fomos também de alguma maneira, balançar e perceber quais as vantagens que ele tinha,**

portanto, em não consumir ou que poderia ter em não consumir cocaína e as que teria em consumi-la, não é, porque também, também deveria ter alguma vantagem para ele consumi-la, não é. “uhh” A vantagem seria o prazer mas que depois, realmente, “uhh” lhe causava angústia. “uhh” portanto, as vezes que teve que consumir heroína também muitas vezes era para controlar a ansiedade e a angústia de ter consumido a coca e da sua falta.

Fomos falando também dos aspectos laborais, que entretanto, lá se foram degradando “uhh” e fomos então combinar “uhh” uma tentativa, portanto, de paragens, depois já, por minha iniciativa em internamento, da cocaína. “uhh” Porque, entretanto não deu resultado a subida da Metadona e teve que se fazer esse tipo de intervenção, “uhh” (50) - fui falando com ele, “uhh” fomos percebendo o que é que o poderia ajudar a parar e depois a manter-se parado. Ele fez uma tentativa de reaproximação da família de origem no Porto, “uhh” porque também já tinha, tinha sobrinhos, pronto, fez uma tentativa e foi lá um fim-de-semana. “uhh”

Entretanto, fez-se um programa de desabituação da cocaína de uma semana, numa unidade de internamento, uma semana, dez dias, onde realmente as pessoas são revistadas à entrada, não podem levar droga lá para dentro, lá dentro não há droga e depois fazem alguma medicação, que ele teve que fazer medicação também anti-depressiva, “uhh” de forma, a que, deixasse os consumos de cocaína. “uhh” Isso acabou por ter sucesso, portanto, ele saiu “uhh” manteve depois o contacto comigo, diário, foi também, no fundo, (51) - passou a ser seguido de alguma maneira por mim, “uhh” fiquei com ele como terapeuta e ele acabou por se manter abstinente e a partir daí a ficar abstinente, mesmo sem, sem ter subido depois muito a Metadona, porque há quem defenda que subindo muito a Metadona as pessoas deixam também de consumir as outras substâncias. “uhh”

Entretanto, eu fui transferido da equipa de tratamento e ele lá ficou com outro técnico, e quando eu sai e ele já não estava a consumir cocaína e isso de alguma maneira, levou-me a perceber que as vezes há um “click” nestes indivíduos, não tem tanto a ver com ver só com eles, eu não acredito também que tenha sido só a minha intervenção mas eu acho que, no fundo, teve muito a ver com ele. “uhh” depois manteve também o anti-depressivo, ainda bastante tempo, que a medicação com os anti-

depressivos não deve ser inferior a 6 meses, deve ser sempre superior e com o anti-depressivo com a Metadona.

Depois, (52) - com empatia, no fundo, com uma relação terapêutica e de ajuda para perceber como é que correu o seu fim-de-semana no Porto, como é que está a correr o trabalho, “uhh”, pronto, como é que está a sua situação de saúde, também, porque ele também tinha uma situação, que eu agora me estou a lembrar, tinha a ver com a parte dermatológica, portanto, ele tinha, tinha um início “uhh” “uhh” um principio de psoríase, o que também em termos de imagem para um cabeleireiro é complicado de gerir, no fundo, acaba por se manifestar aos nível das articulações, por exemplo, dos cotovelos, pela descamação dérmica, a própria pele fica mais avermelhada em algumas zonas e a face dele tinha essas características e, portanto, de alguma maneira, fui falando também sobre a auto-imagem dele. “uhh”

Fomos falando sobre variadíssimas coisas, interesses que ele tinha extra, extra, extra drogas, extra cocaína e conseguimos manter uma boa relação, onde ele de repente fez um “click” e percebeu realmente que a cocaína “uhh”, mais do que o ajudar, prejudicava. Portanto, manteve-se com Metadona e, e pelos 8 meses que teve a consumir cocaína, depois transformaram-se, pelo menos em 1 ano sem consumir nada e já no processo de redução também da Metadona. Portanto, acho que foi uma pessoa que fez um trajecto positivo e surpreendeu-me.

Questão 4: Reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Investigador – Quarta pergunta, reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Participante – Não, não, não haveria, não haveria, porque no fundo, naquela altura eu tinha que ter muito bom senso, ou seja, “uhh” realmente a partir de uma situação que é, em que estava a administrar o medicamento, que era o tal contacto dos 20 segundos, houve alturas em que foram 3 minutos, “uhh” durante o seguimento diário com aquele indivíduo.

Só que este, este, este tipo de intervenção quando existem outros técnicos também envolvidos e realmente ele tinha outra terapeuta “uhh”, ou seja, eu tinha que o incentivar, incentivava-o a marcar consulta, “uhh” mas realmente ele não aderiu, não aderiu e também a terapeuta dele também tinha alguns problemas e às vezes quando ele ia aderir, ela não ia e estes indivíduos têm um problema.

Muitas vezes, têm histórias de abandono e o que acontece é que quando um terapeuta, “uhh” quando eles não aderem à consulta e não vão, pronto, paciência não vão. Quando é o terapeuta a desmarcar ou a não estar ou a fazer-los esperar muito tempo, eles sentem isso muitas vezes, como um abandono ou como uma falta de interesse do técnico naquela pessoa e, portanto, isso de alguma maneira, inviabilizou sempre a adesão do mesmo às consultas da, da dita técnica.

A minha vantagem natural neste, neste tipo de situação seria realmente, administrar a terapêutica, ou seja, o medicamento era um mediador da relação. (53) - Ao administrar o medicamento eu estava, estava a relacionar-me com, com, com ele e ele comigo e isso permitiu estabelecer uma ponte.

(54) - Como o relacionamento era diário, uns dias com silêncios, utilizando bem os silêncios, outros dias com palavras, outros dias com coisas simples como uma situação de humor, mas um humor trivial, não de alguma maneira, não, não fosse nem ofensivo, nem, nem, nem de alguma forma que pudesse prejudicar o ambiente e tinha que ter sempre essa atenção mas, é que com o humor também, de alguma maneira, ajudou a desbloquear algumas situações e a conversar sobre outras coisas sérias que tinham a ver com o indivíduo e no fundo, ajudá-lo a confiar.

Foi um trabalho muito demorado, como disse, foram 8 meses em que, realmente o indivíduo se manteve a consumir “uhh” e realmente toxicod dependência “uhh”, na sua origem e na sua perpetuação à uma multiplicidade de factores biológicos, psicológicos, sociológicos, portanto, “uhh” até espirituais e ali (55) - o enfermeiro realmente tem que aproveitar de alguma maneira o contacto diário para gerir a relação para ajudar o indivíduo mas quase, como se não estivesse a fazer e acho que parte do segredo, foi ir intervindo como se não tivesse a intervir e isso fez com que o indivíduo não me sentisse como um terapeuta “uhh”, de forma tradicional, mas quase como um confidente,

alguém em quem se pode confiar um segredo e que sabe, que ali pode ser ajudado a partir desse momento.

Portanto, acho que neste momento, a única coisa que eventualmente poderia ser diferente, é a aceitação que hoje em dia o terapeuta de referência enfermeiro tem a nível desta equipa de tratamento e que na altura “uhh” ainda não, não teria noutra, noutra, noutra tipo de contexto. Não era, ainda na altura uma figura muito aceite. O que acontece hoje em dia, é que realmente se não houver recursos nós acabamos por fazer este papel que, no fundo, fiz com esta pessoa, em programa quando tenho tempo, quando temos tempo, quando há alguma empatia “uhh” com um determinado indivíduo mesmo sem o escolher, porque realmente nós também somos todos diferentes e conseguimos ter mais facilidade de forma, consciente ou inconsciente, em ajudar determinado tipo de indivíduo do que outros. “uhh”

Se realmente houver recursos, nós conseguimos fazer isto, mesmo fora dos programas de substituição. Se houver recursos, realmente, se, se, se, se o instituto da droga e toxicodependência apontar mais para os enfermeiros apenas no programa de substituição havendo outros técnicos de referência, psicólogos ou técnicos de serviço social, “uhh” a nossa intervenção fica limitada, porque o que nós temos que fazer é que realmente isto não caia, “uhh”, portanto, toda a intervenção diferenciada deve, deve ser apoiada e nós enfermeiros devemos fazer força para que continue a existir. Neste momento existem contingências, se calhar vai sair um enfermeiro e todos nós sabemos que (56) - é totalmente diferente o ratio do enfermeiro para 200 utentes, do que 2 enfermeiros para 200 utentes, portanto, isto assim numa forma global ou de 3 para 200 utentes “uhh” e isso depois vão influenciar os cuidados.

Também as chefias de enfermagem, no fundo, têm alguma responsabilidade sobre isto. Se as chefias forem mais pelos números do que pela qualidade das intervenções “uhh” ficamos a perder. Portanto, os números são importantes mas a qualidade nunca se deve perder. Portanto, se começar a ser uma coisa muito quantitativa, “uhh” a parte qualitativa sai prejudicada.

O que eu sinto é que eu como enfermeiro consigo fazer mais do que tenho feito mas, também preciso de sentir que realmente num trabalho mais especializado preciso de ser reconhecido, precisa de se fazer reconhecer mas precisa também de recursos para

que isso aconteça. Ou seja, se calhar um enfermeiro especialista deveria estar numa vertente de supervisão clínica aos colegas e, deveria fazer as tais intervenções como terapeuta de referência a todos os utentes, independentemente, de estarem no programa terapêutico medicamentoso “uhh” e se calhar o enfermeiro de cuidados gerais deve estar mais na parte da administração terapêutica, num programa estruturado que tem regras próprias mas com, a supervisão de um enfermeiro especialista.

Para que isso aconteça, é preciso também que abram concursos, que as pessoas realmente tirem a especialidade e depois que sejam reconhecidas e que, de alguma maneira, tudo o que façam se reflecta em termos de visibilidade para os enfermeiros e para os outros técnicos, portanto, falta também essa parte. Portanto, neste momento, “uhh” (57) - para fazer mais do que teria feito naquele caso, teria que no fundo ter mais tempo. Portanto, para aquele caso e muitos outros. Agora reconhecendo o que é possível e o que era naquela altura, acho que não poderia ter feito mais naquele caso.

Quadro E2 – Unidades de Significação

(18) - . . . prendem-se muito com as terapias medicamentosas, . . . como o programa de substituição opiácea, com Metadona . . .

(19) - . . . aproveitamos para observá-los, . . . perceber como é que as coisas estão a correr, fazer alguns registos, . . . e, mantermos um trabalho de equipa articulado com os outros técnicos . . .

(20) - . . . está determinado que fazem este tipo de acolhimento, essencialmente, àqueles indivíduos que já vêm de programas de substituição e que vêm transferidos de outras unidades, ficando também, terapeutas de referência desses indivíduos.

(21) - Terapeuta de referência, . . . um gestor de caso, uma pessoa que vai acolher aquele indivíduo, . . . e por norma vai ficar a gerir as necessidades daquele indivíduo, . . . vai ajudá-lo a fazer um percurso de reabilitação ou reinserção.

(22) - . . . em termos de educação para a saúde, aí um enfermeiro também pode ser muito importante . . .

(23) - . . . um dos aspectos onde os enfermeiros vão intervir, é na vacinação.

(24) - . . . este rastreio, esta avaliação médica onde os enfermeiros também participam é muito importante desde o início.

(25) - . . . o terapeuta de referência acaba por ajudar a pessoa a fazer . . . o seu trajecto de tratamento e reabilitação, que tem avanços e retrocessos . . .

(26) - O enfermeiro em termos de programa de substituição, . . . acaba no fundo por estar a observar o indivíduo . . .

(27) - . . . o enfermeiro . . . terapeuta de referência, . . . pode aplicar . . . técnicas da área cognitivo-comportamental . . .

(28) - . . . estas actividades implicam que os enfermeiros . . . façam ensinamentos quer aos próprios toxicodependentes, quer aos familiares . . .

(29) - . . . a intervenção é muito auto-limitada no tempo, . . . ou seja, o enfermeiro quando está a administrar o medicamento tem que fazer logo um diagnóstico da situação, para ajudar a pessoa a resolver aquele problema . . .

(30) - . . . educação para a saúde ou sessões psicoeducativas, . . . o enfermeiro tem um papel muito activo . . .

(31) - . . . o enfermeiro acaba por conseguir, . . . identificar situações-problema, estabelecer . . . objectivos, fazer as acções de enfermagem correspondentes, muitas vezes, encaminhado realmente para outros técnicos porque isso é um trabalho em equipa . . .

(32) - . . . muitas vezes, em termos de programa . . . não temos tempo, nem recursos humanos para intervir de forma mais profunda.

(33) - . . . após um diagnóstico da situação de cada utente . . . muitas vezes temos que articular com os outros técnicos e mesmo outras instituições . . .

(34) - . . . o enfermeiro . . . faz a actividade relacionada com o relaxamento, utilizando o treino autogénico de Schultz e também . . . a técnica de Jacobson e a respiração

profunda essencialmente, . . . com o objectivo de ajudar os indivíduos . . . a sentirem prazer . . . com . . . o próprio corpo . . .

(35) - . . . esclarecer algumas dúvidas relacionadas com medicações . . . a nível biológico, nível físico . . .

(36) - Os utentes também nos procuram sobre . . . pequenos problemas que sintam, . . . nódulos, . . . febres, . . . sintomas respiratórios, pequenas feridas, entorses . . . e nós mediante o tempo disponível, . . . procuramos ajudar . . .

(37) - . . . pensos, nós aqui podemos fazer uma primeira abordagem, essencialmente, utilizando o betadine, uma desinfecção, mas depois para outro tipo de acções temos que realmente encaminhar para o centro de saúde . . .

(38) - . . . acabamos por utilizar técnicas de comunicação que permitem ajudar os indivíduos . . . a terem um desenvolvimento . . . pessoal, . . . de forma a que consigam ganhar mais maturidade e autonomia em relação às substâncias.

(39) - As limitações decorrem das dificuldades individuais resultantes da singularidade de cada indivíduo . . .

(40) - . . . as experiências de vida que muitos deles têm são relatadas, muitas vezes, fornecem-nos . . . pontos de apoio para perceber como é que os podemos ajudar . . .

(41) - . . . os enfermeiros . . . entraram nesta área da toxicodependência . . . pela via da administração dos fármacos e, portanto, isso ainda hoje é muito presente para muitos enfermeiros e, . . . para os outros técnicos . . .

(42) - Vemos a pessoa como um todo e singular, . . . quando olhamos para o indivíduo vemos o todo e não só, aquele momento da administração e só dar o fármaco.

(43) - . . . como temos poucos recursos humanos, . . . temos que dar prioridade à administração de medicação e todos os cuidados básicos relacionados com isso . . .

(44) - . . . as limitações têm muito a ver com os recursos, com a formação que cada enfermeiro tem, com o que a instituição permite a esse enfermeiro fazer . . .

(45) - . . . a limitação às vezes é o tempo e são as condições que as instituições nos dão . . . para desenvolvermos as . . . acções de enfermagem possíveis.

(46) - . . . foi com o contacto diário que me permitiu ir conhecendo aquela pessoa . . . a pouco e pouco me foi confidenciando algumas situações . . .

(47) - . . . a nossa intervenção . . . pode durar 20 segundos, como pode demorar 5 minutos . . . a maior parte dos contactos no início eram os 20 segundos, com o tempo foi aumentando . . . começou a confiar mais, a falar um pouco mais . . . de si, . . . da sua problemática . . .

(48) - . . . fiquei . . . incumbido de gerir esse processo . . . falar um bocadinho sobre como era o dia dele, como é que ele geria o dia, quando é que ia consumir, . . . no fundo perceber as actividades de vida diárias do indivíduo.

(49) - Depois dessa colaboração, . . . fomos também de alguma maneira, balançar e perceber quais as vantagens que ele tinha . . . em não consumir ou que poderia ter em não consumir cocaína e as que teria em consumi-la . . .

(50) - . . . fui falando com ele, . . . fomos percebendo o que é que o poderia ajudar a parar e depois a manter-se parado.

(51) - . . . passou a ser seguido de alguma maneira por mim, . . . fiquei com ele como terapeuta e ele acabou por se manter abstinente e a partir daí a ficar abstinente . . .

(52) - . . . com empatia, . . . com uma relação terapêutica e de ajuda para perceber como é que correu o seu fim-de-semana . . . como é que está a correr o trabalho, . . . como é que está a sua situação de saúde, . . . fui falando também sobre a auto-imagem dele . . . e conseguimos manter uma boa relação . . .

(53) - Ao administrar o medicamento eu estava . . . a relacionar-me com . . . ele e ele comigo e isso permitiu estabelecer uma ponte.

(54) - Como o relacionamento era diário, uns dias com silêncios, . . . outros dias com palavras, outros dias com coisas simples como uma situação de humor, . . . ajudou a desbloquear algumas situações e a conversar sobre outras coisas sérias que tinham a

ver com o indivíduo e no fundo, ajudá-lo a confiar.

(55) - . . . o enfermeiro . . . tem que aproveitar . . . o contacto diário para gerir a relação para ajudar o indivíduo . . . como se não estivesse a fazer. . . como um confidente, alguém em quem se pode confiar um segredo e que sabe, que ali pode ser ajudado a partir desse momento.

(56) - . . . é totalmente diferente o ratio do enfermeiro para 200 utentes, do que 2 enfermeiros para 200 utentes, . . . assim numa forma global . . . vão influenciar os cuidados.

(57) - . . . para fazer mais do que teria feito naquele caso, teria que no fundo ter mais tempo. . . para aquele caso e muitos outros.

Apêndice F: Entrevista 3

Entrevista 3 (E3)

Questão 1: Descreva as intervenções que como enfermeiro, desenvolve com as pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína?

Investigador – Boa tarde Enfermeira, primeira questão: Descreva as intervenções que como Enfermeira desenvolve com as pessoas toxicodependentes de heroína e/ou cocaína?

Participante – “uhh”, desempenho vários tipos de intervenções, para começar, portanto, fazemos, faço uma entrevista de “uhh”, de acolhimento, portanto, como o programa de substituição opiácea que é de Metadona, “uhh” costumamos fazer essa entrevista de início “uhh” por vezes, também colaboramos (58) - às vezes na entrevista de acolhimento ao CAT onde exploramos os consumos que a pessoa teve até aí, a história de consumos, a história pessoal, “uhh” a história médica, é “ahm” a admissão, portanto, do utente.

Depois (59) - fazemos a indução portanto, conforme está prescrito pelo médico do, do, do medicamento, dos vários tipos de medicamentos “uhh” e avaliamos o utente, portanto, diariamente para saber como é que o utente se sente e como é que se está a sentir no seu novo tratamento “uhh” e, se é necessário mais algum tipo de resposta para além daquele tipo de tratamento.

(60) - Fazemos análises, portanto, pesquisa de metabolitos de drogas na urina que isso, é uma técnica. “uhh” (61) - Caso haja consumos tentamos explorar com a pessoa o motivo pela qual ocorreu e, encaminhamento para o seu (62) - terapeuta de referência, portanto, um terapeuta com o qual o utente à partida deve confiar e tentar explorar as razões e a forma como é que há-de evitar novos consumos e criar um projecto.

“uhh” (63) - Os utentes dos quais nós somos terapeutas de referência, que temos alguns, poucos, “uhh” fazemos esse, delineamos esse projecto, vemos as necessidades do utente mais abrangentes, não só como inseridos num programa, não é, num programa de Metadona, mas mais abrangentes, se é necessário consultas médicas, se é necessário consultas de infecciologia, “uhh” projectos de vida, paragens de consumos,

se é necessário consultas de psicologia, portanto, fazemos uma avaliação global do utente.

“uhh” Programamos, “uhh” (64) - quando o utente está com alta programada pelo médico ”uhh” avaliamos o utente semanalmente, nesta altura, já é semanalmente porque o utente já está numa fase de tratamento em que leva à semana, avaliamos como é que o utente se sente.

(65) - Na utente mãe, portanto, nas famílias das crianças avaliamos também as necessidades que as crianças poderão ter, não somos nós que temos o contacto com a criança, mas poderemos, eventualmente, sinalizar ao técnico de referência da pessoa, para que sejam feitos os procedimentos necessários para que a criança tenha uma resposta adequada, portanto, que a criança filho de toxicodependente tenha a melhor resposta.

“uhh” (66) - Realizamos também sessões de Educação para a Saúde, isso portanto, em grupos terapêuticos. Habitualmente, fazemos sessões de Educação para a Saúde “uhh” abrangendo vários temas, pode ser planeamento familiar, sono e repouso, alimentação, doenças infecto-contagiosas “uhh”, poderiam, na minha opinião, deveriam ser elaboradas mais vezes, com uma rotina diferente da que é feita agora, que agora está a ser feita de uma forma pontual e quando há disponibilidade, nada muito programado, “uhh” , mas pronto, estamos a caminhar para.

(67) - Vacinação por vezes também se faz. Portanto, é assim, para além do tratamento da heroína e cocaína com medicamentos específicos para estas substâncias, (68) - às vezes, também é necessário, ajudar o utente a organizar-se com a toma de outros medicamentos que não têm a ver com o problema dele da toxicodependência. Retrovirais, tuberculostáticos, por exemplo, mas isto é uma forma de ajudar as pessoas a organizarem-se e mais tarde, eventualmente, tornarem-se independentes nessa função, é só uma fase inicial.

Questão 2: Quais as limitações com que se tem confrontado face à reabilitação da pessoa toxicodependente de heroína e/ou cocaína?

Investigador – Segunda Questão, quais a limitações com que se tem confrontado

face à reabilitação da pessoa toxicodependente de heroína e/ou cocaína?

Participante – “uhh” Para mim os recursos humanos, “uhh” , é assim, às vezes para não ficarmos restritos a programas de substituição opiácea, não é, porque trata-se muito nestes sítios, trata-se muito do dependente de heroína, apesar de estarem a surgir dependentes de cocaína, os enfermeiros trabalham muito com dependentes é de heroína, de opióides e (69) - estamos muito restritos aos programas de Metadona.

“uhh” Se fossemos mais enfermeiros, poderíamos, eventualmente, fazer outros trabalhos “uhh” diferentes, mudar dos programas de substituição. “uhh” (70) - Programas de ocupação, ocupacionais que não existem ou existem muito poucos, “uhh” seminários de educação para a saúde, mais, com mais qualidade, com outro género de programação, “uhh” portanto, periodicidade já programada, uma vez por semana, uma vez de quinze em quinze dias, espaços ocupacionais onde houvesse todos os dias “uhh”, por exemplo, dentro do que existe, é de quinze em quinze dias e os enfermeiros nem sequer estão a participar.

Portanto, acho que era essencial também o enfermeiro participar, não diariamente mas, existir esses espaços diariamente e o enfermeiro, uma vez por semana, poder contribuir.

“uhh” (71) - Falta de, de recursos, às vezes, de espaços físicos para podermos encaminhar os nossos utentes “uhh” como complemento ao seu tratamento aqui, para ajudá-lo na reinserção social, não estou a falar de trabalho, muitas vezes o, o utente, às vezes, não está ainda preparado para começar a trabalhar mas, está preparado “uhh” para iniciar algo com horários “uhh” e não existe, não existe centros de dia, não, não, são poucos e, eu acho que, essencialmente, (72) - é os recursos humanos, é a falta de enfermeiros e é centros de dia. Isto é, o que eu acho que faz mais falta na reabilitação do utente toxicodependente.

Questão 3: No âmbito da sua intervenção junto de pessoas

toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Investigador – Terceira pergunta, no âmbito da sua intervenção junto de pessoas toxicodependentes de Heroína e/ou Cocaína entre os 25 e os 44 anos, descreva uma situação que o tenha marcado.

Participante – “uhh” Uma situação que me marcou muito, foi de uma mulher que está ainda aqui em programa e que está abstinente. “uhh” O desejo dela de querer ter filhos, é seropositiva, “uhh” muito marcada a nível de história pessoal, “uhh” portanto, é uma mulher já adulta, que consumiu durante muitos anos, que se prostituiu, “uhh” também a relação com o pai “uhh” uma relação perversa com o pai, não sabemos até que ponto não houve abuso sexual da parte do pai, quando ela era jovem e até em adulta, pomos algumas reticências nisso.

E o desejo de ela querer ter filhos, que nunca o admitiu e há uma altura que ela nos aparece grávida, “uhh” isso mexeu muito na altura com os técnicos por, sabermos que ela era uma mulher, na altura, ela estava há muito pouco tempo abstinente, “uhh” muito descompensada a nível emocional, “uhh” um pouco neurótica, a fazer também medicação psiquiátrica, com a dose de Metadona muito elevada para uma gravidez, “uhh” o facto de ser seropositiva, o facto de o companheiro não ser seropositivo, não ser consumidor e não querer usar preservativo, portanto, tudo isso mexia connosco e ela própria começou a pôr algumas dúvidas na gravidez dela.

(73) - A minha intervenção na altura, foi motivá-la para ir à Maternidade Alfredo da Costa, fiz as articulações necessárias com a médica de lá e ela foi lá e, eventualmente, pronto perdeu a criança. Não sei se a pedido, não consegui perceber se a pedido, se a médica deu um jeito e se perdeu a criança, de qualquer maneira, tenho a consciência que secalhar foi o melhor que aconteceu, “uhh” e o desespero dela a telefonar para cá, em que tive, quarenta minutos ao telefone com ela, porque ela própria não queria ter o bebé mas, estava dividida e queria ter o bebé.

E o ela ter percebido que a médica a fazer o toque, fez o toque com força de propósito para fazer o aborto. Foi assim, que ela sentiu o facto e (74) - a minha intervenção foi o estar ali a fazer um trabalho com ela de, ao telefone, por muito

esquisito que pareça, ao telefone de não ter sido a altura certa, de haver outras oportunidades de repartir, do que **fazê-la reflectir naquele momento no seu desejo, no que ela quer de facto, no que seria melhor para ela e no que seria melhor para o bebé e, quais as condições emocionais e financeiras que ela tinha para ter o bebé.** “uhh” Ela não trabalhava, recebia um subsídio e o marido estava desempregado. Até que ponto havia condições de ela ter um bebé?

Pronto, ela acalmou-se e depois pôs um anticoncepcional, que foi um implante e nunca mais ficou grávida. Isto já foi à 3 anos e meio.

“uhh” É uma mulher muito sofrida, portanto, isto foi uma situação que me marcou porque eu tive que interferir. Mais tarde, neste Natal que passou, esta mulher que já sofreu isto tudo, de repente soube, não tinha conhecimento, a terapeuta tinha mas eu não, soube que a mãe, o irmão dela morreu com uma overdose e que a mãe estava muito mal com um AVC como consequência dos consumos, porque a mãe também era consumidora. E eu pergunto, qual é a sorte desta mulher? Quer dizer o pai abusou dela, a mãe que era consumidora e o irmão que morre com uma overdose. E ela agora apoia toda esta gente, ela, uma mulher que é neurótica com instabilidade emocional, já adulta, e tive que intervir outra vez. (75) - **Intervir numa situação de acalmá-la, isto em vésperas de Natal, que eu vim trabalhar nas vésperas de Natal e prepará-la para um Natal que não seria tão bom.**

Questão 4: Reflectindo na situação que descreveu, há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Investigador – Quarta e última questão, reflectindo na situação que descreveu há algum aspecto da sua intervenção que hoje faria de forma diferente?

Participante – Não, acho que, sinceramente, não. Acho que tudo o que, a forma como intervi foi a forma mais adequada. Se hoje tivesse acontecido isto, não sei é se teria tido a disponibilidade humana de voltar a fazer o mesmo, portanto, de (76) - **acompanhá-la, porque eu tive quarenta minutos ao telefone com ela, mas dia sim, dia não, telefonava para ela para saber como é que ela estava emocionalmente,** na altura da gravidez e hoje não sei se teria esta disponibilidade.

Pronto, (77) - na altura, o nosso programa de Metadona tinha 70 utentes, presentemente, tem 150 e não sei se haveria essa disponibilidade ao nível de recursos humanos, se pudesse teria feito exactamente a mesma coisa.

“uhh” A utente não tem, não tem nenhum terapeuta em quem confia aqui no CAT, tem uma médica e que também tem pouca disponibilidade, não de coração, mas de disponibilidade de tempo.

Quadro E3 – Unidades de Significação

(58) - . . . às vezes na entrevista de acolhimento . . . exploramos os consumos que a pessoa teve até ai, a história de consumos, a história pessoal, . . . a história médica . . .

(59) - . . . fazemos a indução . . . conforme está prescrito pelo médico . . . dos vários tipos de medicamentos . . . e avaliamos o utente . . . diariamente para saber como é que o utente se sente e como é que se está a sentir no seu novo tratamento . . . e, se é necessário mais algum tipo de resposta para além daquele tipo de tratamento.

(60) - Fazemos análises . . . pesquisa de metabólitos de drogas na urina . . .

(61) - Caso haja consumos tentamos explorar com a pessoa o motivo pela qual ocorreu . . .

(62) - . . . terapeuta de referência, portanto, um terapeuta com o qual o utente à partida deve confiar e tentar explorar as razões e a forma como é que há-de evitar novos consumos e criar um projecto.

(63) - Os utentes dos quais nós somos terapeutas de referência, . . . delineamos esse projecto, vemos as necessidades do utente mais abrangentes, . . . fazemos uma avaliação global do utente.

(64) - . . . quando o utente está com alta programada pelo médico . . . avaliamos o utente semanalmente, . . . avaliamos como é que o utente se sente.

(65) - Na utente mãe, . . . avaliamos também as necessidades que as crianças poderão ter, . . . para que sejam feitos os procedimentos necessários para que a

criança tenha uma resposta adequada . . .

(66) - Realizamos também sessões de Educação para a Saúde, . . . abrangendo vários temas . . .

(67) - Vacinação por vezes também se faz.

(68) - . . . às vezes, também é necessário, ajudar o utente a organizar-se com a toma de outros medicamentos que não têm a ver com o problema dele da toxicodependência.

(69) - . . . estamos muito restritos aos programas de Metadona. Se fossemos mais enfermeiros, poderíamos, eventualmente, fazer outros trabalhos . . . diferentes, mudar dos programas de substituição.

(70) - Programas . . . ocupacionais . . . existem muito poucos . . .

(71) - Falta . . . recursos . . . de espaços físicos para podermos encaminhar os nossos utentes . . . como complemento ao seu tratamento aqui, para ajudá-lo na reinserção social . . .

(72) - . . . é os recursos humanos, é a falta de enfermeiros e é centros de dia . . . é, o que eu acho que faz mais falta na reabilitação do utente toxicodependente.

(73) - A minha intervenção na altura, foi motivá-la para ir à Maternidade Alfredo da Costa, fiz as articulações necessárias com a médica de lá e ela foi lá . . .

(74) - . . . a minha intervenção foi . . . estar . . . ao telefone . . . fazê-la reflectir naquele momento no seu desejo, no que ela quer de facto, no que seria melhor para ela e no que seria melhor para o bebé e, quais as condições emocionais e financeiras que ela tinha para ter o bebé.

(75) - Intervir numa situação de acalmá-la, isto em vésperas de Natal, . . . e prepará-la para um Natal que não seria tão bom.

(76) - . . . acompanhá-la, porque eu tive quarenta minutos ao telefone com ela, mas dia sim, dia não, telefonava para ela para saber como é que ela estava

emocionalmente . . .

(77) - . . . na altura, o nosso programa de Metadona tinha 70 utentes, presentemente, tem 150 e não sei se haveria essa disponibilidade ao nível de recursos humanos . . .
