

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Katherin Patrícia Figueira Sandoval

**COMPORTAMENTOS ADITIVOS E  
TOXICODEPENDÊNCIAS**  
PERCEÇÕES ACERCA DO TRATAMENTO DE  
SUBSTITUIÇÃO COM METADONA

Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

setembro 2023



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA

Katherin Patrícia Figueira Sandoval

**COMPORTAMENTOS ADITIVOS E  
TOXICODEPENDÊNCIAS**  
PERCEÇÕES ACERCA DO TRATAMENTO DE  
SUBSTITUIÇÃO COM METADONA

Monografia de Estágio no âmbito do Mestrado em Serviço Social orientada pela Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

setembro 2023

Qualquer dependência química é destrutiva. Nela residem os medos e fraquezas do dependente e a dor de uma família inteira.

Marco Aurélio Ferreira

## **Agradecimentos**

Esta monografia de estágio reflete uma longa viagem, uma trajetória de desafios, incertezas e persistência.

Este caminho foi abraçado não só por mim, mas por várias pessoas e sem elas não seria possível.

Realço de forma particular a paciência, o rigor e o estímulo por parte da minha orientadora Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz, que nunca desistiu de mim e me fez sentir que não caminhava sozinha.

Ao meu orientador de estágio, Dr. Carlos Mano Dias, pela partilha de momentos que se traduziram em aprendizagens.

A todos os utentes que aceitaram fazer parte desta investigação, colaborando com o seu tempo e história de vida. Realço, também, os profissionais que participaram nesta investigação com postura colaborativa e total abertura, elevando a discussão da investigação. Aos profissionais do CRI de Coimbra, que com toda a generosidade, me acolheram.

Ao João Pedro, por todo o apoio e à senhora Susana que é uma segunda mãe para mim.

Ao Nuno Ferraz, que sempre acreditou em mim e abrigou as minhas lutas para não desistir.

À minha mãe, ao meu pai e às minhas irmãs que foram amparo e um porto seguro, por transformarem os momentos mais tristes em música e por terem a capacidade de amenizar e acalmar as turbulências.

Aos meus colegas de curso, que se tornaram amigos.

## **Resumo**

Esta monografia de estágio, realizada no âmbito do Mestrado em Serviço Social, pretende contribuir para o acréscimo no conhecimento acerca do tratamento de substituição com metadona, invocando as percepções acerca do mesmo. O principal objetivo do estudo intentou compreender as percepções existentes acerca da metadona, como tratamento de substituição utilizado em utentes do Centro de Respostas Integradas de Coimbra, na ótica dos utentes e da equipa técnica. Em termos específicos, o estudo procurou: a) caracterizar os participantes do estudo; b) perceber elementos relativos ao percurso de vida e rede social dos utentes; c) compreender a relação dos utentes com as Substâncias Psicoativas; d) compreender a dinâmica subjacente ao Tratamento de Substituição com Metadona e as percepções acerca do recurso a esta opção; e) compreender aspetos de vantagens e constrangimentos decorrentes do tratamento de substituição com Metadona, face à problemática dos comportamentos aditivos e toxicodependências, e f) compreender o papel do Serviço Social no âmbito do processo de tratamento de substituição com metadona. Quanto à configuração metodológica, beneficiou de uma metodologia qualitativa, tendo sido efetivadas 9 entrevistas aos utentes e 3 entrevistas a elementos da Equipa Técnica do centro de Respostas Integradas de Coimbra, as quais foram sujeitas à análise de conteúdo. Tratou-se de um estudo exploratório sem pretensões de representatividade. Em termos de resultados o tratamento de substituição com metadona apresenta vantagens, assentes no fácil acesso, facilitando, através do tratamento a estabilização do utente, de forma a criar uma abertura para que o mesmo possa usufruir de um tratamento biopsicossocial. Adicionalmente, apresenta oportunidade para diminuição dos comportamentos de risco associados ao consumo de heroína. Ainda assim, este tratamento enquadra a desvantagem de permitir, segundo o relatado pelos utentes, algumas falhas sem que ocorram as devidas sanções. Globalmente, emerge do estudo a conclusão de que o tratamento não pode ser limitado à estabilização dos consumos, carecendo o foco de incidir na reorganização de uma vida inteira que foi deixada para trás.

**Palavras-chave:** Percepções; Tratamento de substituição; Metadona; Serviço Social; Centro de Respostas Integradas.

## **Abstract**

This monography, developed as the final course thesis for the master's degree in Social Services of the University of Coimbra, aims to further add to the knowledge regarding the methadone substitution treatment by investigating the perceptions (i.e., opinions) about it. The main objective of this study was to understand the perception of the users and the technical team regarding the use of methadone as a substitution treatment in the Integrated Responses Centre of Coimbra (CRI). It specifically aimed to: a) characterize the participants; b) pinpoint elements of the users' life path and social network; c) understand the users' relation with the psychoactive substances; d) understand the dynamics of the methadone substitution treatment and the perceptions about this method; e) understand the advantages and disadvantages of the methadone substitution treatment regarding the addictive behaviour problematics (i.e., regarding the users' and the objectives of the program) and f) understand the role of the Social Services on the process of the methadone substitution treatment. The study benefited from a qualitative methodology and the analysis of 9 interviews to the users' and 3 interviews to the Technical Team of the CRI. The study is exploratory without a claim of representativeness. In terms of results, methadone substitution treatment has advantages, based on easy access, facilitating through treatment, the stabilization of the user in order to create an opening so that they can benefit from biopsychosocial treatment.

Additionally, it can presents an opportunity to reduce irrational behaviors associated with heroin consumption. This treatment has its disadvantages according to what patients report, some unsuccessful without discipline required.

The study shows the conclusion of the treatment cannot be limited to stabilizing the consumption, lacking the focus on reorganizing an entire life that was left behind.

**Keywords:** Perceptions; Methadone; Substitution Treatment; Social Service, CRI

## **Lista de Siglas**

**CRI** – Centro de Respostas Integradas de Coimbra

**E.T.** – Equipa Técnica

**ARSC** – Administração Regional de Saúde do Centro

**SPA** – Substâncias Psicoativas

**WHO** – *World Health Organization* [Organização Mundial de Saúde]

**HIV/SIDA** – *Human Immunodeficiency Virus* [Síndrome da Imunodeficiência Adquirida]

**OEDT** - Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

**UNODC** – *United Nations Office on Drugs and Crime*

## **Índice de Figuras**

Figura 1 - Percentagem de utentes a receber diferentes tipos de medicamentos opiáceos nos países europeus

Figura 2 - Organograma do Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI de Coimbra) (Administração Regional de Saúde do Centro [ARSC], 2014).

## Índice

Agradecimentos .....	II
Resumo .....	III
Abstract.....	IV
Lista de Siglas.....	V
Índice de Figuras .....	VI
Índice .....	VII
Introdução.....	11
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTÁGIO .....	13
1 – Conceitos e Perspetivas .....	13
1.1 – Substâncias Psicoativas .....	13
1.2 – Substâncias Psicoativas: Causas e Consequências .....	17
2 – Políticas Públicas na Área da Toxicodependência e Tratamento .....	30
2.1 – Construção da Política Pública na Área da Toxicodependência, em Portugal: Elementos de Enquadramento .....	30
2.2. Toxicodependência e Tratamento de Substituição com Metadona .....	37
2.2.1 - Admissão e Procedimentos para o Tratamento de Substituição com Metadona em Portugal.....	42
2.3 - Vantagens e Desvantagens do Tratamento de Substituição com Metadona ..	48
2.3.1 – Os Utentes e Profissionais de Saúde face ao Tratamento de Substituição com Metadona: entendimentos.....	50
PARTE II: CONTEXTO DE ESTÁGIO.....	53
3 – O Centro de Respostas Integradas de Coimbra e o Serviço Social .....	53
3.1 - Caraterização do Centro de Respostas Integradas de Coimbra.....	53
3.2 – Enquadramento Profissional do Serviço Social.....	55
3.2.1 - Serviço Social na Área da Saúde.....	55

3.2.2-Intervenção do Serviço Social no Centro de Respostas Integradas de Coimbra...	60
4- Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Estágio.....	63
4.1 - Atividades de Intervenção Direta e Atividades de Intervenção Indireta.....	63
PARTE III: PERCEÇÕES ACERCA DO TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO COM METADONA – ESTUDO EMPÍRICO .....	66
5 – Procedimentos Metodológicos .....	66
5.1 - Definição do Problema de Pesquisa e Formulação dos Objetivos do Estudo	66
5.2 - Delimitação Espacial e Temporal .....	68
5.3 - População e Amostra.....	68
5.4 - Metodologia, Técnica e Procedimentos de Recolha de Dados .....	69
5.5 - Metodologia de Análise de Dados .....	71
6 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados .....	72
6.1 - Elementos Relativos aos Participantes – Utentes.....	72
6.1.1 - Caracterização dos Utentes .....	72
6.1.2 - Categoria Analítica: - Percurso de Vida e Rede Social do Utente .....	74
6.1.3 - Categoria Analítica: - Relação com a Substância .....	78
6.1.4 - Categoria Analítica: - Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona .....	85
6.1.5 - Categoria Analítica: - Relevância do Acompanhamento com a Equipa Técnica ao longo do Programa de Substituição com Metadona .....	89
6.1.6 - Categoria Analítica: - Avaliação do Programa de Substituição com Metadona e Ocorrência de Situações Imprevistas.....	90
6.2 - Elementos Relativos aos Participantes – Equipa Técnica do CRI de Coimbra .....	94
6.2.1 - Caracterização da Equipa Técnica .....	94
6.2.2 - Categoria Analítica: -Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição	94

6.2.3 - Categoria Analítica: - Avaliação do Programa de Substituição com Metadona e Ocorrência de Situações Imprevistas.....	99
Conclusões.....	104
Bibliografia.....	108
Apêndices .....	114
Apêndice 1 – Guião de Entrevista Semiestruturada aos Utentes.....	114
Apêndice 2 – Guião de Entrevista Semiestruturada à Equipa Técnica .....	116
Apêndice 3 – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação na Investigação .....	117
Apêndice 4 – Modelo de Análise .....	118
Apêndice 5 – Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Utentes.....	119
Apêndice 6 - Análise de Conteúdo das Entrevistas à Equipa Técnica .....	149

“O ser humano é a cura do ser humano.”

Provérbio tradicional Wolof

## **Introdução**

Esta monografia reflete o produto do estágio realizado no Centro de Respostas Integradas de Coimbra, ao abrigo do Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC), realizado entre setembro de 2019 e março de 2020, tendo tido como orientador da instituição de acolhimento e em termos de acompanhamento técnico o Dr. José Carlos da Silva Mano Dias e como supervisora de estágio na FPCEUC, a Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz.

Tendo em consideração que a monografia de estágio procura dar conta dos conhecimentos obtidos quer na parte curricular do mestrado quer no âmbito do contexto de estágio e sobretudo, articular o conhecimento científico com as problemáticas sociais, ergueu-se como foco analítico e de investigação a temática dos comportamentos aditivos e toxicodependências e as perceções acerca do tratamento de substituição com metadona. Com base no relatório publicado pela United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), o World Drug Report 2019, estima-se que em 2017, cerca de 271 milhões de pessoas (1 em cada 18 pessoas), ou seja 5,5% da população adulta mundial, entre os 15 anos e os 64 anos consumiu drogas (lícitas ou ilícitas) pelo menos uma vez na vida. Destes, cerca de 35 milhões apresentam problemas face às substâncias que implicam a necessidade de tratamento. Em relação à realidade que representa a Europa, neste sentido, e com base no Relatório Europeu sobre Drogas – Tendências e evoluções (2019), estima-se que cerca de 96 milhões de pessoas (29% da população), entre os 15 anos e os 64 anos, tenham consumido drogas ilícitas pelo menos uma vez. Neste âmbito, 1,2 milhões de pessoas usufruíram de tratamento na União Europeia em 2017, sendo que este número representa, maioritariamente, os consumidores problemáticos de opiáceos, que beneficiam do tratamento de substituição opiácea. Já com base no relatório World Drug Report 2022, assiste-se a um aumento destes dados, tendo sido estimado que em 2020, cerca de 284 milhões de pessoas (aumento de 16 milhões de pessoas), isto é 5,6% da população mundial consumiu drogas nos últimos 12 meses.

Neste enquadramento, evidenciando o fenómeno das toxicodependências (consumo de droga) uma forte expressão e sendo responsável por todo um conjunto de problemas do foro da saúde e social, os tratamentos de substituição com metadona têm

constituído uma via com potencial para promover uma alteração de comportamentos dos consumidores de drogas e cuja importância importa investigar.

Deste modo, a questão de partida da investigação desenvolvida no âmbito do estágio foi a seguinte: Quais as perceções, que os utentes e a equipa técnica do Centro de Respostas Integradas de Coimbra, têm acerca do Tratamento de Substituição com Metadona?

Em termos de objetivos, definiu-se como objetivo geral: Compreender as perceções existentes acerca da Metadona, como tratamento de substituição utilizado em utentes do CRI de Coimbra, na ótica dos utentes e da equipa técnica. Em relação aos objetivos específicos procurou-se: caracterizar os participantes do estudo; perceber elementos relativos ao percurso de vida e rede social dos utentes; compreender a relação dos utentes com as substâncias psicoativas (SPA); compreender a dinâmica subjacente ao tratamento de substituição com metadona e as perceções acerca do recurso a esta opção; compreender aspetos de vantagens (melhorias/benefícios) e constrangimentos decorrentes do tratamento de substituição com metadona, face à problemática dos comportamentos aditivos e toxicodependências (i.e., em relação aos indivíduos e à intervenção/finalidade do programa) e; compreender o papel do Serviço Social no âmbito do processo de tratamento de substituição com metadona.

Importa salientar que se trata de um estudo exploratório que beneficiou de uma metodologia qualitativa, sendo a entrevista semiestruturada (entrevista de profundidade) constituída por perguntas abertas, o instrumento de recolha de dados utilizado no estudo. Foi reunida uma amostra de 11 participantes (9 utentes e 3 profissionais), assumindo-se a mesma como não probabilística.

O trabalho encontra-se estruturado em quatro partes distintas. Na primeira parte é realizado o enquadramento teórico do estágio, que procura desenvolver e clarificar aspetos referentes aos conceitos associados à problemática. Na segunda parte, é dada ênfase ao contexto de estágio, onde se procede ao enquadramento do Serviço Social na saúde e mais concretamente no Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI de Coimbra). Na terceira parte apresenta-se o estudo empírico, que remete para aspetos referentes à metodologia utilizada e aos procedimentos de recolha e análise de dados. Inclui-se, também, nesta parte, a apresentação, análise e discussão dos resultados do estudo. Segue-se a conclusão e elementos de bibliografia do estudo.

## PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO DO ESTÁGIO

### 1 – Conceitos e Perspetivas

#### 1.1 – Substâncias Psicoativas

O ser humano manteve desde sempre uma relação com a natureza, procurando nela os seus alimentos, foi assim que descobriu propriedades nas plantas que iam para além da saciedade. De uma forma consensual, a literatura tem vindo a informar (Fonte, 2007a; Guimarães & Fleming, 2009; Melo, 1998; Mendonça, 1996; Poiares, 1999; Silva, 2014) que o uso de “drogas” acompanha as trajetórias e a evolução histórica e cultural das sociedades, apresentando raízes civilizacionais profundas, tornando-as, conseqüentemente, parte integrante da cultura dos povos.

O termo “droga” foi definido há milénios atrás pelo *corpus hippocraticum*<sup>1</sup> como uma substância cuja atuação era capaz de dominar o corpo e provocar sensações como: aquecer, arrefecer, humedecer, secar, contrair, relaxar ou induzir sono (Escohotado, 1998), isto, com doses consideravelmente pequenas, mas capazes de gerar mudanças orgânicas e alucinantes significativas, conforme o objetivo pretendido (Fonte, 2007b).

A World Health Organization define o conceito de droga em três campos distintos (médico, farmacológico e comum/social). No que diz respeito ao campo médico, esta é uma substância interpretada como tendo o potencial de prevenir e curar doenças, ou de melhorar o bem-estar físico e mental dos indivíduos; no campo farmacológico é considerado um agente químico que altera processos fisiológicos e bioquímicos dos organismos; já no que diz respeito ao campo comum/social, a droga é frequentemente referida como sendo uma substância ilícita (World Health Organization [WHO], 2010).

Dada a frequente utilização da palavra “droga” como sendo um produto ilícito (Sherratt et al., 1995; Sequeira, 2003), emerge no seio da WHO uma conceção que, baseada em critérios legais, divide as substâncias em dois grandes grupos, as ilícitas (ilegais) e as lícitas (legais), porém as drogas que se inserem nas respetivas categorias (lícitas e ilícitas) diferem consoante o país e a época histórica, o que contribui para a imprecisão da sua definição. Para além disso, apesar das “drogas” serem uma substância

---

<sup>1</sup> Hipócrates foi um médico da Grécia antiga, autor de uma vasta coleção de obras intituladas por *Corpus Hippocraticum*, que sistematizam a observação cuidadosa dos sintomas de doenças, desde a anatomia até à fisiologia, passando pelas doenças psíquicas. Vd. Porto Editora – *Hipócrates* na Infopédia. Porto Editora.

pela qual os Estados exercem um certo nível de controle, ao estipularem a aceitação e proibição do seu consumo, esse controle acaba por ser relativo, visto que algumas substâncias que tinham sido consideradas proibidas, passaram a ser consideradas permitidas (tendo como exemplo o álcool e a Lei Seca nos Estado Unidos) e algumas substâncias consideradas permitidas, passaram a ser consideradas proibidas (tomando como exemplo a heroína, vendida nas farmácias) (Negreiros, 2020).

Com efeito, Silveira e Doering-Silveira, (2006), assumem que existe, para além de imprecisão na definição da palavra “droga”, uma incorreta utilização de certos termos (como tóxico, narcótico e psicotrópica/psicoativa) que têm como objetivo categorizar as diferentes “drogas”, e numa tentativa de esclarecimento defendem que:

A palavra tóxico, por exemplo, refere-se à toxicidade de algumas substâncias; porém, uma mesma substância psicoativa pode ser considerada um medicamento quando utilizada em baixa dosagem. Já o termo narcótico, adotado na língua inglesa, refere-se a alguns subtipos de substâncias psicoativas, mas podem, também, referir-se tanto a medicamentos quanto a drogas de abuso; por fim, a terminologia psicotrópica é excessivamente genérica, pois se referem apenas às substâncias que exercem ação no cérebro. (p.3)

As drogas consideradas psicoativas ou “psicotrópicas”, ou seja, as substâncias psicoativas (SPA) são aquelas que têm a finalidade de atuar no cérebro e produzir alterações nas sensações, na atividade mental ou no grau de consciência, introduzidas no organismo de forma deliberada ou não (Silveira & Doering-Silveira, 2006). Assim, na perspectiva de Brinca (2017), as “drogas” consideradas SPA podem ser definidas como “substâncias que atuam no sistema nervoso central com efeitos na percepção, locomoção, comunicação, consciência” (p.29). Na mesma linha de raciocínio, a WHO (1994) define que “é toda a substância que, introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções” (P.34) e engloba tanto as substâncias lícitas, como as ilícitas. Ainda, outros autores (e.g., Silva, 2014) propõem uma definição que vai para além da química e da farmacológica e valorizam apenas a componente cultural, afirmando que a definição de SPA é formalizada consoante a percepção de um grupo social.

No que diz respeito à tipologia, podem ser considerados três tipos de SPA: as depressoras ou psicolépticas, que inibem as atividades do cérebro, fazendo com que o seu

funcionamento seja mais lento, provocando a diminuição da sensibilidade, da atenção, da concentração e da capacidade intelectual, dando uma sensação de bem-estar (álcool, ansiolíticos - tranquilizantes e narcóticos - morfina, heroína); as estimulantes ou psicoanalépticas, que aumentam a atividade do cérebro, causando um estado de euforia (cafeína, anfetaminas, cocaína e crack) e as perturbadoras ou psicodislépticas, que desordenam a atividade do cérebro, alterando a sua percepção (LSD, *ecstasy*, cannabis) (Seno, 2012). Estas substâncias são reguladas pela lei, tanto as que são dispostas para fins médicos, como as que são usadas para obter prazer, sendo que, a posse não autorizada pode ser sancionada (Sherratt et al., 1995; Abal & Gugelmin, 2018).

A heroína (diacetilmorfina), encontra-se dentro das SPA consideradas psicodislépticas ou depressoras, é uma droga semissintética considerada um analgésico opióide forte (narcótico).

Inicialmente, foi colocada no comércio como sedativo que substituía a morfina, com base na crença errônea de que era menos aditiva. Porém, na década de 70, o uso de heroína constituiu-se um problema de saúde pública na Europa, isto devido às consequências adversas para a saúde física e mental dos consumidores (Ocampo & Gómez, 2017).

O processo realizado para obter esta SPA passa pela extração do ópio da planta da espécie *Papaver Somniferum*, processando-a e transformando-a em morfina e posteriormente em heroína. Esta SPA atua rapidamente no Sistema Nervoso Central (chega ao cérebro em 15/30 segundos), causando sensações de prazer intenso (euforia e relaxamento) com a duração de 5-15 minutos (“flash”), comparada simultâneas vezes com um orgasmo. Após o “*flash*”, dá-se o “*flooding*” com duração de 4 a 8 horas, o indivíduo sente um profundo bem-estar, com uma ligeira sonolência (Ocampo & Gomez, 2017, p.148).

A heroína é comumente administrada de duas formas: por via intravenosa ou inalada (injetada ou fumada). Segundo Barta (2012) a sensação e a vivência corporal ao consumir a substância varia consoante a forma como é administrada, sendo o consumo de heroína injetada, a predileta.

Ainda, parece haver uma tendência para se transitar do método fumada para injetada. A heroína é fumada na “prata” [(papel de estanho)], onde o “cavalo” [(heroína)] é posto e na qual, prévia e longitudinalmente, são feitos um ou mais vincos. A folha, aberta, é aquecida com um isqueiro sob o sítio onde o produto se encontra. O “pó”

[(heroína)] passa assim ao estado líquido. Continuando a ser-lhe dado calor, vai passando ao gasoso, sendo os “vapores” aspirados através de um tubo, feito também de alumínio, de papel estanhado de um maço de cigarros ou de uma nota. Os vincos servem para oferecer resistência à progressão da “bolha”, fazendo-a rolar aí, e assim impedir, nem sempre com sucesso, que caia fora dos limites do papel. Na eventualidade de se querer repartir uma quantidade de heroína em vários actos de consumo, esta é “metida em caramelo”, ou seja, deixa-se que, imediatamente após ter sido liquefeita, solidifique. Voltando a ser dado calor, volta a liquefazer-se. (Vasconcelos, 2003, p. 388)

O consumo da substância por via intravenosa é referido, maioritariamente, como uma necessidade económica, pois proporciona um efeito mais prolongado com a mesma quantidade de heroína, ou seja, o aparecimento desta necessidade poderá significar que o indivíduo se encontra dependente da substância. (Barta, 2012)

O acto de injectar é designado pela expressão “dar o caldo”. Em muitos casos, a heroína é preparada numa carica que, tirado o plástico que forra o interior, serve de cadinho onde se prepara a “sopa”, ou seja, onde se misturam a água, umas gotas de sumo de limão e o “pó”, último componente a ser adicionado. A “sopa” pode ser aquecida com um isqueiro antes de, com o êmbolo da seringa, ser puxada pela agulha de forma a passar por um pedaço de algodão ou de um filtro de cigarro e aí fixar as impurezas que a droga possa ter. Só depois é injectada; “a quente” ou “a frio”, conforme seja ou não aquecida. (Vasconcelos, 2003, p. 388)

Importa salientar que independentemente da forma como a substância é administrada, “o modo de ingestão traduz-se num ritual que constitui, por si, um vício” (Barta, 2012, p.28), na medida em que a posse de dinheiro e a compra revelam ser um momento de incerteza (marcado pela necessidade de arranjar dinheiro e encontrar o produto), já a preparação, momento em que o indivíduo tem o produto e prepara-o para consumo, é considerado um espaço de tranquilidade e relaxamento o que torna, esta etapa, viciante.

## 1.2 – Substâncias Psicoativas: Causas e Consequências

O consumo de drogas não significa propriamente uma dependência (Vasconcelos, 2003), pois existem várias categorias que, segundo Sequeira (2003), respeitam uma determinada hierarquia e que estão diretamente ligadas ao consumo de substâncias, tais como: uso; hábito; uso indevido; abuso; vício; dependência e toxicodependência. Para que o consumo de SPA seja compreendido, no que concerne às suas causas e consequências, é necessário entender o modo de vida do sujeito, a razão pela qual iniciou um percurso de consumo e a sua relação com a substância (Fonte, 2007b), tendo em consideração que o consumo de substâncias referido vai de encontro com a visão da WHO, quando define o consumo como um ato que implica a sua autoadministração (WHO, 2010).

De uma forma geral, as razões que levam os indivíduos a iniciar uma vida de consumos podem ser organizadas em dois grandes grupos: individuais ou grupais. Perspetivando as razões individuais, podemos ter como exemplo a curiosidade, ociosidade, prazer, solidão, frustração e desafio, já relativamente às de carácter grupal podemos assumir que a questão da moda, da necessidade de afirmação e da pressão dos pares para a integração grupal, podem ser fatores estimulantes para a iniciação de uma vida de consumos (Patrício, 1996, como citado em Silva, 2014).

O consumo de SPA e como a literatura enfatiza (Panksepp, 2005, como citado em Gago, 2013; Guimarães & Fleming, 2009), aciona zonas cerebrais encarregues pelas emoções e pelas manifestações neuroquímicas que se refletem em satisfação ou formação de ligações afetivas, permitindo ao consumidor vivenciar sentimentos positivos, reduzindo a carência emocional e as inseguranças. A verdade é que, o consumo de substâncias que tenha como objetivo alterar a funcionalidade “normal” do cérebro, torna-se num refúgio que proporciona ao consumidor a possibilidade de fugir dos problemas que a sociedade lhe causa (Silva, 2014), o que nos permite, de certa forma, olhar para o consumo como uma tentativa de substituição, por via química, das necessidades existentes de dependência emocional (Torres et al., 2008), e ainda que vai de encontro com a ideia de que existem fatores prévios ao processo de dependência face a uma substância.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Fernandes (2007) especifica a perda como sendo um dos principais fatores prévios que motivam os indivíduos a iniciar uma vida de

consumo, pois considera que o indivíduo sente dificuldades extremas quando vivencia uma rutura brusca. Para Fernandes (2007), as perdas, são frequentemente palpáveis, como o desaparecimento ou a morte repentina ou a perda de um emprego, pois desencadeiam uma rede de perdas simbólicas de natureza abstrata, como a perda da autoestima, da autonomia e da autoconfiança.

Porém, segundo Fonte (2006), as razões que se prendem com o início de uma vida de consumos, vão muito além do encontro entre um indivíduo e uma substância, afirmando que o consumo de drogas corresponde a diferentes usos com diferentes finalidades, e que não se pode restringir aos seus efeitos químicos.

Vasconcelos (2003) salienta a perspetiva dos consumidores de heroína, procurando entender, através da interpretação do discurso de seis utilizadores de heroína, as razões que os levam a iniciar e a manter uma vida de consumos. O estudo realizado, parte da análise de pessoas que tornaram o consumo de heroína num estilo de vida, e que continuaram os consumos, apesar dos constrangimentos que este comportamento lhes causava, tendo permitido apurar que os heroinómanos comparavam o início do consumo de heroína à ingestão da primeira bebida alcoólica, no sentido em que não se torna necessária a existência de uma relação de proximidade com o acompanhante ou grupo, para que se consumisse. Porém e como salienta o autor, ao contrário do álcool, o ato de consumir heroína é clandestino, ou seja, o consumidor não vai assumir o comportamento para um indivíduo que não consome. Nenhum dos heroinómanos conseguiu explicar como passou a ser dependente, mas é de salientar que a expressão utilizada pelos mesmos, quando se referem à dependência é “estar agarrado”, dando a entender que a heroína os “agarrou”, dominando-os (Vasconcelos, 2003, p. 383).

Barta (2012) procurou, através da realização de um estudo exploratório e fenomenológico, não só compreender e descrever as experiências que ex-consumidores e consumidores de heroína vivenciaram, como também perceber a forma como essas experiências eram refletidas na perceção dos seus corpos, tendo apurado que o consumo não se mantém com base na experiência de prazer, já que todos os entrevistados referiram que mantinham os consumos para se sentirem normais, desmistificando a ideia de que se consome com o critério das sensações de prazer obtidas nos primeiros consumos.

Percebe-se que a dada altura o indivíduo habitua-se à droga, o que significa que para voltar a sentir os efeitos que sentiu nas primeiras utilizações tem de aumentar a dose consumida (Brito & Esteves, 2001, como citado por Brinca, 2017). Com o uso contínuo

da substância instala-se o fenômeno da “síndrome de privação”, cujos sintomas variam consoante a substância, podendo ser físicos ou psicológicos, sendo que com o consumo regular esses efeitos extremamente desagradáveis desaparecem e a droga que anteriormente era utilizada para obter prazer, passa a ser utilizada com a finalidade de evitar o estado de “ressaca” (Brinca, 2017; Mendes, 2015). A síndrome de privação ou “ressaca” aparece, quando a dose de heroína consumida é reduzida ou suspensa (Santo et al., 2011). Esta síndrome tem três etapas: a primeira caracteriza-se pelo aparecimento da ansiedade, rinorreia (corrimento excessivo de muco nasal), suores e bocejos; já na segunda aparecem as contrações musculares, a midríase (dilatação da pupila), os arrepios, a diaforese (transpiração excessiva) e permanece a ansiedade; na última fase manifestam-se os vômitos, a diarreia e as contrações musculares involuntárias acompanhadas por dor localizada. Para além destas etapas a “ressaca” abre espaço para que o consumidor perceba a realidade, encarando de frente a situação atual em que está inserido (Vasconcelos, 2003).

Surge, ainda, o conceito de “ressaca geográfica” quando as ligações psicológicas a um determinado espaço físico (cidade, localidade, bairro) acionam a necessidade de consumir, aquando do retorno ao mesmo, podendo estar o consumidor abstinente durante um tempo considerável (meses ou anos) (Santos et al., 2011).

É possível identificar a existência de riscos gerais associados ao consumo de drogas, tendo como exemplo: o desemprego, a pobreza, a disfunção familiar e social e a criminalidade, que podem estar ligados à causa do consumo ou podem ser uma consequência do início de uma vida de consumos. Deve, ainda, ser tido em conta o risco de desenvolvimento de patologias psiquiátricas, como a deterioração da capacidade crítica e de decisão e o aumento de pensamentos suicidas e patologias médicas, como o HIV/SIDA (*Human Immunodeficiency Virus*) e Hepatites B e C, associadas, não só ao consumo de substâncias por via intravenosa (na partilha de seringas, agulhas ou outros materiais), como também a comportamentos sexuais de risco (a não utilização de preservativos e a existência de múltiplos parceiros sexuais) (Santos et al., 2011; Ocampo & Gómez, 2017), assim, as infeções por vírus são consideradas as complicações físicas mais frequentes. A depressão, os transtornos de personalidade e o uso de outras substâncias (canábis, cocaína, entre outras) estão ligados às complicações do foro mental (independentes da forma como a substância é usada, isto é, se é fumada ou injetada). Todas estas complicações podem ser resultado da saúde fragilizada do consumidor ou

resultado dos efeitos depressivos da heroína. A decadência precoce da vida social dos consumidores de heroína deve-se, maioritariamente, a estas comorbidades associadas. Assim, é comum que os consumidores mendiguem ou iniciem uma carreira criminosa (Ocampo & Gómez, 2017).

Madoz-Gúrpide e a sua equipa (2001) procuraram entender a relação entre toxicomania e delinquência, em pacientes dependentes de heroína, através da recolha de dados socio-laborais, legais e clínicos de 411 pacientes. Desta forma, chegou-se à conclusão de que os heroinómanos portadores de HIV apresentam um maior índice de criminalidade quando o nível socioeconómico e a formação educativa são baixos, demonstrando que os fatores sociais, ambientais e individuais detêm um peso significativo na combinação entre marginalidade e toxicodependência, deixando claro que, existe um maior número de delitos entre os toxicómanos. Contudo, é possível analisar a situação de forma inversa, na medida em que, a introdução numa vida de consumos, que leve à dependência, requer índices de delinquência prévios no indivíduo (Guimarães & Fleming, 2009). Esses fatores combinados com a falta de confiança nas autoridades fazem com que essas pessoas se tornem numa população com acesso muito restrito aos serviços sociais e sanitários tradicionais, o que resulta no agravamento dos problemas.

Freitas-Magalhães e Ekman, (2008) realizaram uma investigação que envolveu 60 participantes portugueses (25 mulheres e 35 homens), diagnosticados com perturbações provocadas por opiáceos, cujo objetivo passava por entender o efeito da heroína (em fase de dependência) na identificação e reconhecimento de emoções básicas (medo, desprezo, surpresa, alegria, tristeza, cólera e aversão). Os resultados comprovaram que os heroinómanos apresentam dificuldades na identificação e reconhecimento das emoções básicas universais, com exceção da cólera e da tristeza. Ainda, concluiu-se, que as mulheres são mais espontâneas que os homens no que toca à caracterização e identificação das emoções básicas. O consumo de heroína carrega consigo o peso das consequências, de dimensões sociais, psicológicas, económicas e físicas.

Remetendo novamente para as perdas, que para Fernandes (2007) se aplicam a todo o toxicodependente, independentemente da substância, pode considerar-se, através do estudo de Barta (2012), que os consumidores de heroína também sofrem perdas após a entrada na vida de consumos. A perda de memória, de concentração, a perda do interesse pela vida, de relações interpessoais, da autoestima e da perspetiva para o futuro são

perdas, que quando combinadas com o envelhecimento precoce, dado as sequelas do consumo, dificultam o despertar do interesse pela reconstrução de uma “nova vida” (p.30) e consequentemente de uma possível reinserção, olhando para a situação em que vivem como algo irreversível, isto devido à aliança entre a falta de formação e as marcas físicas e psicológicas que denunciam uma vida de consumo. O mesmo autor observa ainda uma falta de organização, coerência e fluência no discurso dos consumidores de heroína. O desgaste, a agitação e a ansiedade permanentes, transformam-se em sentimentos de revolta e inundam o indivíduo de sofrimento contínuo, fazendo com que o mesmo se isole, originando, desta forma, os tão relatados pensamentos de suicídio.

Outra das consequências relativas ao uso de SPA, inclusive da heroína, prende-se com o facto da mesma poder ser mortal, na medida em que o consumidor corre o risco de sofrer um episódio de insuficiência respiratória acompanhado por um estado de consciência pouco alerta, podendo gerar uma overdose (Albertson et al., 1999; Ocampo & Gomez, 2017). Assim, o uso de substâncias psicoativas é uma das causas associadas à morte evitável entre adultos, pois indivíduos que consomem, correm o risco de 5 a 10 vezes maior de perder a vida, quando comparados aos seus pares da mesma idade e género (Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência [OEDT], 2019).

Os opiáceos, principalmente a heroína, são a causa mais frequente das overdoses fatais registadas na Europa. Os dados mais recentes, de acordo com a OEDT (2020) revelam um aumento do número de mortes relacionadas com opiáceos em alguns países europeus, nomeadamente no Reino Unido, onde 9 em cada 10 mortes (89 %) estão relacionadas com alguma forma de opiáceo. Em França, a heroína esteve implicada em 26 % das mortes por overdose registadas em 2016, face a 15 % em 2012, enquanto a metadona esteve associada a mais de um terço (36 %) das mortes. Outros opiáceos são regularmente mencionados nos relatórios toxicológicos (OEDT, 2019; OEDT, 2020). Estas substâncias, principalmente a metadona, mas também a buprenorfina (Finlândia), o fentanilo e os seus derivados (particularmente na Estónia) e o tramadol, estão associadas a uma parte substancial das mortes por overdose verificadas em alguns países. O aumento das mortes por overdose registado na República Checa em 2017 deveu-se sobretudo a um crescimento em casos relacionados com substâncias semelhantes ao fentanilo, morfina e codeína, sendo que o aumento registado na Eslováquia envolveu sobretudo tramadol (OEDT, 2020).

Seguindo a hierarquia de categorias que caracterizam o consumo, determinadas por Sequeira (2003), a toxicodependência é o último estágio a ser atingido, e por essa razão o mais complexo. Assim, são vários os autores (Fernandes, 2007; Guimarães & Fleming, 2009; Gago, 2013; Tavares, 2018) que procuram clarificar o conceito de toxicodependência que tenha em consideração, não só a razão que leva os indivíduos a iniciar uma vida de consumos, como também os impactos das consequências e os riscos que correm com este comportamento.

No ponto de vista de Fernandes (2007, p. 20) “a toxicodependência é um fenómeno bio-psico-social, que se situa no ponto de encontro de múltiplas dimensões que se interpenetram na vida humana”, implica, ainda, o encontro de um indivíduo com um produto tóxico (i.e., SPA) num determinado momento sociocultural.

Para Gago (2013) a toxicodependência está relacionada com o estado psíquico e eventualmente físico, que o indivíduo apresenta, aquando do contato com uma droga, ou seja, é o resultado manifestado em comportamentos que impulsionam o consumo recorrente, com o objetivo de obter os efeitos iniciais ou evitar o desconforto referente à privação da substância, olhando para a toxicodependência como o resultado do contato com a substância, eliminando a possibilidade de haver razões prévias ao consumo.

Guimarães e Fleming (2009), consideram uma visão mais global e integram os problemas e disfunções da sociedade atual na problemática da toxicodependência. Explicam, portanto, que no seio de uma sociedade que valoriza apenas o imediatismo em prol do funcional, do afetivo e do relacional, nasce a toxicodependência. Acrescentando, ainda, que:

Os seres humanos iniciam a vida em situação de extrema dependência. Toda a existência e desenvolvimento humanos são definidos por relações de dependência mútua. Mas, se as relações de dependência são inerentes à condição humana, pelo contrário, os processos de adicção constituem o exemplo da mais perversa dependência. (Guimarães & Fleming, 2009, p.4)

Assim, Guimarães e Fleming (2009) colocam a seguinte questão, “Mas, o que fará com que indivíduos desenvolvam uma relação de dependência desorganizante e exclusiva

com estas substâncias?” (p.4), com o intuito de entender o que leva alguns indivíduos a desenvolver dependência à ou às substâncias consumidas e outros não. Com este efeito, têm sido efetuadas revisões das várias teorias e modelos, por vários autores (Negreiros,1994; Petraitis et al., 1995, 1995; Becoña, 2002), com o objetivo de possibilitar o desenvolvimento de categorias que permitam uma leitura mais integrada e coerente, remetendo para o uso de substâncias psicoativas na adolescência (visto ser considerada a origem dos consumos), como forma de dar resposta e significado a essa problemática (Tavares, 2018).

As teorias podem ter um sentido prático, com a condição de passarem por um processo de comparação, organização e, se houver recursos que o possibilitem, de integração (Petraitis et al., 1995).

Nesse sentido, Negreiros (1994) estabelece a investigação da problemática do uso de substâncias “no paradigma da instrução didática e paradigma sociopsicológico<sup>2</sup>” (Tavares, 2018, p.56), sendo que:

O primeiro caracteriza-se pela relevância atribuída à transmissão de informação na prevenção dos comportamentos de uso de substâncias psicoativas. O segundo assume-se como uma rutura face ao paradigma anterior, dando maior importância às questões da avaliação da eficácia da intervenção, assim como fatores psicológicos e sociais envolvidos no comportamento de uso de substâncias psicoativas, que aparecem em teorias mais elaboradas e mais complexas. Decorrente do paradigma sociopsicológico, numa tentativa de melhorar a conceitualização da mudança de atitudes e comportamentos, as orientações teóricas podem organizar-se nos modelos informativo-comunicacional, humanista e cognitivo-comportamental. (Tavares, 2018, p.56)

---

<sup>2</sup> O paradigma sociopsicológico define-se como sendo um “Paradigma como unidade funcional organizadora de teorias, modelos, métodos e técnicas que lhes confere uniformidade e coerência.” (Tavares, 2018, p.56)

Desta forma, remete a sua investigação para um sentido preventivo e interventivo, com o objetivo de criar respostas e estratégias para o desenvolvimento de competências sociais e pessoais capazes de promover comportamentos premeditados e informados.

Petraitis et al. (1995), por sua vez, determinam as diversas teorias e modelos em:

teorias cognitivo-afetivas do uso experimental de substâncias psicoativas, (2) teorias da aprendizagem social, (3) teorias do compromisso convencional e de vinculação social, (4) teorias nas quais características intrapessoais desempenham um papel fundamental e (5) teorias que integram constructos cognitivo-afetivos, aprendizagem, compromisso, vinculação e intrapessoais. (Petraitis et al., citado por Tavares, 2018, p.56)

Adotam, portanto, uma perspetiva integradora, na medida em que cruzam os conceitos centrais de cada teoria (influência intrapessoal, influência cultural e atitudinal e influência social e interpessoal), como forma de determinar as causas do consumo.

Tendo como principal foco a compreensão da etiologia do uso de SPA, Becoña (2002, p.162) organiza as teorias e modelos em detrimento desse objetivo, através de “(1) teorias e modelos parciais ou baseadas em poucas componentes, (2) teorias e modelos de estádios e evolutivas e (3) teorias e modelos integrativos e compreensivos”.

Apesar da diversidade de teorias e modelos que desenvolvem a problemática da etiologia do uso de substâncias, serão abordadas apenas as que se considerem relevantes e pertinentes para o suporte empírico.

A Teoria da Ação Racional (desenvolvida por Fishbein e Azjen) e a Teoria do Comportamento Planeado (desenvolvida por Azjen), são apresentadas por Petraitis et al. (1995), como teorias que se integram dentro das Teorias cognitivo-afetivas do uso experimental de substâncias psicoativas. Na primeira, é determinado que o uso experimental de substâncias acontece devido às intenções racionais do adolescente, ou seja, à tomada de decisão ponderada. Acrescentam, ainda, que estas decisões são tomadas através de dois determinantes cognitivos, o primeiro estaria relacionado com o facto de as intenções serem afetadas pelas atitudes, e o segundo prende-se com a ideia de que as decisões seriam tomadas tendo por base as crenças dos adolescentes acerca das normas

sociais, pois entendem que as mesmas preconizam o consumo. A segunda teoria, revelou ser uma importante modificação da Teoria da Ação Racional, pois afirma a existência de três construtos, em vez de apenas dois. Surge, desta forma, a autoeficácia (percepção em relação ao controlo com sucesso de certa ação) que estabelece uma influência direta nas atitudes e crenças normativas e divide-se em duas formas quando aplicada ao uso experimental de substâncias – autoeficácia instrumental ou “*use self-efficacy*” e autoeficácia de recusa ou “*refusal self-efficacy*” (Petraitis et al., 1995, p.69). Com base na Teoria do Comportamento Planeado, a autoeficácia instrumental “representa as crenças dos adolescentes na sua capacidade de obter e usar as substâncias com sucesso” (Petraitis et al., 1995, p.69), ou seja, tendo o adolescente conhecimento de onde obter a substância e de como usá-la, aumentará a probabilidade de uso, já a autoeficácia de recusa, “representa as crenças dos adolescentes na sua capacidade de resistir à pressão social para iniciar o consumo de substâncias” (Petraitis et al., 1995, p.69), isto é, os adolescentes não têm um plano a longo prazo para começar os consumos de substâncias, no entanto, podem não ter as competências necessárias para recusar a pressão de grupo. Posto isto, os autores que desenvolveram as teorias, propõem algumas formas de prevenir o início dos consumos de substâncias, tendo como instrumento central a comunicação persuasiva que atinja diretamente os construtos anteriormente mencionados (Petraitis et al., 1995).

O Modelo Evolutivo, foi desenvolvido por Kandel, nos anos 70. Segundo Becoña (2002) é categorizando dentro das Teorias de Estádios e Evolutivas. Este modelo demarca a descoberta de novos constructos cruciais para o estudo da prevenção e do fenómeno do uso de SPA (Becoña, 2002). O modelo pressupõe que o consumo de drogas ilegais (marijuana, cocaína, heroína, entre outras), é desencadeado por passos sequenciais, onde a utilização de substâncias de iniciação, ou seja, as drogas legais (tabaco e álcool), caracterizam-se como sendo um elemento facilitador para o consumo posterior de outras substâncias ilegais. Os estudos de tipo longitudinal e transversal, realizados por Kandel, identificam “quatro etapas pelas quais os consumidores de drogas ilegais passam: 1) cerveja ou vinho, 2) cigarros ou licores, 3) marijuana e 4) outras drogas ilegais” (Becoña, 2002, p.170). Vários programas de prevenção foram desenvolvidos tendo este modelo como base, na medida em que, têm como principal alvo de intervenção as substâncias de iniciação.

A Teoria da Aprendizagem Social de Akers, que foi reformulada por Bandura (1986) e denominada por Teoria Cognitiva Social é apresentada por Petraitis et al. (1995) e Becoña (2002). Esta teoria, determina, de uma forma geral, que o envolvimento do adolescente com modelos que usam substâncias, aumenta a probabilidade da ocorrência de consequências sequencias. Neste sentido, podem ser analisadas, três consequências sequencias “iniciando com a observação e imitação de comportamentos de uso de substâncias, continuando com o reforço social (encorajamento e suporte) para o uso de substâncias e culminando com a expectativa do adolescente de consequências positivas sociais e fisiológicas desse comportamento no futuro.” (Petraitis et al., 1995, p.70). A Teoria Cognitiva Social, assume, de igual forma, que os adolescentes iniciam os consumos devido ao envolvimento dos mesmos com modelos que usam substâncias, especificando que os modelos são os amigos mais próximos e os parentes. Os modelos ao usarem as substâncias de iniciação, como o álcool e a marijuana, passam, ao adolescente, a ideia de que não existem consequências em torno do uso. Desta forma, na abordagem de Bandura são integrados os conceitos de autoeficácia e autoeficácia de recusa. Na autoeficácia o adolescente ao observar os modelos (amigo próximo ou parente), obtém conhecimentos de como ter acesso às substâncias (álcool ou marijuana) e de como dar uso às mesmas, já na autoeficácia de recusa, o adolescente apreende ao observar um modelo, a resistir ao uso da substância, idealizando que ele também poderá ter essa capacidade, não a tendo desenvolvido, necessariamente (Petraitis et al., 1995; Becoña, 2002).

Outra teoria que se insere no grupo de Teorias Integrativas e Compreensivas é a Teoria do Comportamento Problema de Jessor e Jessor, a qual tendo sido desenvolvida nos anos 70 evoluiu, posteriormente, para a Teoria dos Comportamentos de Risco dos Adolescentes (Becoña, 2002). Segundo Petraitis et al. (1995), a Teoria do Comportamento Problema aborda, não só as causas que levam os adolescentes a consumir substâncias, como também, um conjunto de comportamentos problemáticos tidos pelos adolescentes, tendo como exemplo, atos criminais, atividade sexual e protesto/ativismo político. Desta forma, esta teoria assume que os adolescentes que têm tendência para comportamentos problemáticos (ex: delinquência), também tendem a desenvolver outros comportamentos problemáticos (uso de substâncias). A Teoria do Comportamento Problema enfatiza a existência de três sistemas que contribuem para a produção do comportamento problema, dos quais: a personalidade, o ambiente e o comportamento.

Acrescentando, ainda, que a ocorrência de interação dinâmica entre os sistemas, pode gerar ou não o comportamento problema. Sendo o comportamento problema o resultado da interação do indivíduo com o ambiente, o ambiente é dividido em estruturas distais e proximais. Neste sentido, “no centro da estrutura distal reside a relação à família e pares. (...) No centro da estrutura proximal reside a modelagem social e os comportamentos específicos ao uso de substâncias dos pares e família.” (Petraitis et al., 1995, p.76). Tendo sido a Teoria do Comportamento de Risco dos Adolescentes, uma reformulação da Teoria do Comportamento Problema, a abordagem adotada passa por uma abordagem compreensiva, em detrimento de uma abordagem parcial, pois assegura que os resultados são mantidos a longo prazo. Esta teoria propõe que os fatores de risco devem ser diminuídos, havendo uma maior aposta nos fatores de proteção, promovendo uma mudança no estilo de vida de jovens que vivam em ambientes sociais adversos. Desta forma, a teoria aplica um grande peso às “condutas de risco nos adolescentes, à pobreza organizada socialmente, à desigualdade e à discriminação, os quais são elementos responsáveis por manter uma parte da população adolescente no que se há denominado de «em risco»” (Becoña, 2002, p.178), procedendo para a relativização da responsabilidade do adolescente, atribuindo ao ambiente a causa e manutenção da maioria dos comportamentos de risco. Existem, portanto, diferentes aspetos psiquiátricos, sociais, médicos, históricos e psicológicos, capazes de justificar a entrada destes indivíduos numa vida de consumos, mas ainda não foi possível definir com clareza uma personalidade específica que se enquadre nesta problemática.

Os aspetos mais comumente utilizados para explicar o processo que leva à adição estão diretamente ligados às vulnerabilidades do foro psicológico, como as perturbações do narcisismo, a regressão oral, a problemática da adolescência nas suas diferentes vertentes, a perversão, as dificuldades da estruturação da identidade, o masoquismo, a fragilidade do ego, a angústia da separação do objecto, entre outras, mas como cada um deles pode ser encontrado, em diferentes proporções e combinações, em todas as perturbações mentais, para que se chegue próximo de uma definição de personalidade toxicofílica, estas vulnerabilidades têm de ser combinadas com outros aspetos sociais, ambientais, biogénéticos, antropológicos, entre outros, não menosprezando o papel das vulnerabilidades psicológicas no processo para a toxicodependência (Mendonça, 1996).

Por sua vez, Brinca (2017) esclarece que a toxicodependência é definida por muitos de forma pouco clara e mal explicada, sendo tendencialmente variável. Apesar

das divergências entre a existência ou a falta de sintomas prévios à toxicodependência, a verdade é que é consentido em todos os modelos a existência de “estados mentais dolorosos, particularmente a dor mental” (Guimarães & Fleming, 2009, p. 3).

O conceito de “dor mental” não é sinónimo de depressão, sofrimento ou ansiedade. Shneidman (2010, p. 288) refere-se à “dor mental” como “*Psychache*” e define-a como sendo o resultado da falta de satisfação das necessidades essenciais do indivíduo, como ser amado, estar seguro, ter controlo e evitar sentir vergonha. Toda a insatisfação gera, por sua vez, frustração que se transformaria em emoções negativas, como a humilhação, a culpa, a vergonha, a raiva e o desespero e esta mistura de emoções negativas causaria então a “dor mental” insuportável.

Guimarães e Fleming (2009), assumem que:

Durante o tratamento muitos pacientes dependentes confrontam-nos com o vazio da sua existência, falam de uma tristeza profunda e sem conteúdo que se apoderou do seu quotidiano, deixando-os num sentimento de habitarem um corpo desvitalizado. Falam de sensações, às vezes de impressões dolorosas para as quais têm dificuldade em associar pensamentos, ideias ou vivências situadas num espaço e num tempo.... Descrevem uma dor para a qual não encontram palavras, nome ou sequer imagens ou formas que a configure e dê sentido. Existem abúlicos, desafectados, operatórios, como se se desligassem de tudo o resto, como se fugissem de sentir, de viver (p. 8).

Levanta-se aqui a hipótese de que os indivíduos toxicodependentes possam ser obrigados a anestésiar a sua existência para poderem sobreviver a dores mentais insuportáveis recorrendo ao consumo de substâncias, pois todas as SPA possuem propriedades, entre elas distintas, que permitem lidar com aspetos menos positivos do funcionamento interno (Melo, 1998). De facto, tudo isto denuncia o papel chave da “dor mental” no processo para a toxicodependência, pois dada a intolerância ao sofrimento o indivíduo procura consumir para assim fugir de emoções inconvenientes, ou seja, da “dor

mental” que é incontrollável, constante, indefinida e incompreendida. Desta forma, Olievenstein (1987) conclui que “o toxicodependente sofre psiquicamente de um estado crónico de necessidade, uma necessidade deslocada para uma “coisa” que se torna insatisfatória porque não sendo o objecto de que se precisa emocionalmente, nunca satisfaz (como citado em Guimarães & Fleming, 2009, p. 9).

Ainda segundo Melo (1998) a dor do toxicodependente,

não é aguda, no sentido que não desaparecerá rapidamente. Também não é crónica, na medida em que não é algo com o qual deva aprender a viver para sempre. É ciclicamente aguda. É a constante recordação de uma vida cujo sentido é a supressão dessa mesma dor (p. 76).

O pedido de ajuda surge quando as substâncias revelam o seu lado menos amigável e assim, é o corpo dorido o limite, contudo o pedido de ajuda disfarça-se do desejo que o indivíduo tem de ser devolvido à ausência de dor, ainda adormecido, sem que tenha de lidar com emoções inconvenientes. Contudo, parece ser inevitável pois no ponto de vista de Melo (1998):

A dor que emerge na ausência do sofrimento físico é ainda mais intolerável (...)

“Ajude-me, mas não me toque, tire as substâncias, mas não mexa comigo. Deixe-me ficar no banal onde as emoções estão adormecidas, anestesiadas”. O tema de fundo mantém-se no plano da dependência (p. 77).

Dado isto, o entendimento público acerca dos toxicodependentes, para Leshner (2005), “é a de considerá-los vítimas da sua situação social ... a visão mais comum é a de que os toxicodependentes são pessoas fracas e más, sem vontade de orientar as suas vidas” (como citado em Brinca, 2017, p. 7). Esta visão vai de encontro com o imediatismo, ou seja, com a valorização da resolução imediata do problema, o que não permite a criação de um espaço simbólico necessário ao crescimento mental, pois “a

estratégia seguida pelas instituições que se dedicam ao atendimento de toxicodependentes passa sempre pela interrupção dos consumos, processo de desintoxicação e tratamento em estado de abstinência” (Mendonça, 1996, p. 30), sendo, portanto, um processo longo e cauteloso.

De forma a contrariar esta onda ansiosa, que acaba na ignorância da verdadeira razão por detrás da toxicodependência e conseqüentemente no impedimento do verdadeiro alívio, o terapeuta não só tem de se disponibilizar para a construção de uma relação terapêutica que valorize o sintoma da toxicodependência como uma dinâmica psíquica do indivíduo, como também para ser um “contentor das emoções não toleradas do paciente” (Guimarães & Fleming, 2009, p. 11) transformando-as e devolvendo-as, sendo este um trabalho a longo prazo.

## **2 – Políticas Públicas na Área da Toxicodependência e Tratamento**

### **2.1 – Construção da Política Pública na Área da Toxicodependência, em Portugal: Elementos de Enquadramento**

O controlo internacional sobre o consumo e circulação de substâncias como a heroína, o ópio, a cocaína e a cannabis é recente, pois até o início do século XX eram atividades consideradas legais e isentas de legislação (Nogueira, 2020). Desta forma, a 23 de janeiro de 1912, foi organizada a primeira Conferência Internacional do Ópio, em Haia, onde foi assinada a Convenção Internacional do Ópio, sob direção da Liga das Nações, que ditava a preocupação e a necessidade de controlo a nível internacional, da fabricação, venda, distribuição, importação e exportação de SPA. Contudo, o controlo exercido sobre esta matéria, é relativo, na medida em que substâncias que eram permitidas passaram a ser proibidas (tomando como exemplo a heroína, anteriormente vendida legalmente em todas as farmácias) e substâncias que eram proibidas passaram a ser permitidas (tendo como exemplo o álcool e a Lei Seca nos Estados Unidos) (Nogueira, 2020).

Começa a desenhar-se, na maioria dos países, incluindo em Portugal, a história da evolução de políticas de combate à droga. Assim, em meados do século XX foi publicada em Portugal a primeira legislação, respeitante ao comércio, importação e venda do ópio, cocaína e seus derivados, com a aprovação da Lei n.º 1 687, regulamentada pelo Decreto n.º10 375, de 9 de dezembro de 1924, que resulta da tentativa de controlar a venda e

distribuição de ópio, cocaína e seus derivados, através do pedido e pagamento de licenças à Direção Geral de Saúde, para a importação, exportação e venda das referidas substâncias (Nogueira, 2020). Com a Europa no rescaldo da I Guerra Mundial, o uso de drogas foi-se intensificando e o objetivo das conferências foi se moldando progressivamente, passando do controlo da atividade para a proibição do consumo e da produção (Nogueira, 2020).

De modo a entender a evolução nas políticas públicas na área da toxicodpendência, é importante ter em consideração que entre 1926-1933, Portugal viveu uma ditadura nacional/militar com uma estrutura constitucional provisória, procedendo-se o Estado Novo (1933-1974) com a criação de uma nova Constituição, onde o regime se caracterizava por ser autoritário, nacionalista e conservador de cariz antiliberal, colonista e antiparlamentarista, assim como católico e tradicionalista (Rosas, 2012; Carvalho, 2013). Neste âmbito, a problemática das drogas, não era abordada como um assunto de impacto para discussão política, deixando o mesmo para segundo plano, como decorre da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 118, de 3 de abril de 1963) que apesar de mencionar o “tratamento das toxicomanias”, não incluía estruturas que capacitassem a sua efetivação. Apenas, em 1973, foi criada a primeira consulta específica para a toxicodpendência, no departamento de psiquiatria do Hospital de Santa Maria, em Lisboa.

É com base neste quadro político que foi lançada a primeira reação pública de combate ao uso/abuso de SPA, através de uma campanha de cartazes afixados em Lisboa e noutras zonas do país, cujo slogan era “Droga, Loucura, Morte”. Os cartazes tinham uma caveira desenhada sob um fundo preto e salpicos que davam forma às iniciais LSD (droga cristalina, mais conhecida como ácido), utilizando o fenómeno da droga como explicação para os acontecimentos que colocavam em risco a ordem social (ex: greves, manifestações estudantis), sendo por isso um veículo que permitia ao Estado afastar as ameaças e a opinião pública acerca do regime ditatorial (Dias, 2004). Assim, e de forma intencional a problemática do uso/abuso de drogas foi publicitado como um inimigo que teria de ser combatido através da união de todos, sendo na verdade uma estratégia de distração utilizada, numa tentativa de controlar as “...constantes transformações da ordem social e política” (Dias, 2004, p. 35).

Os anos 70 “foram a expressão de profundas mudanças político-institucionais, económicas e sócio-culturais que se constituíram como referências essenciais à

caracterização do fenómeno da droga no país.” (Dias, 2004, p. 34). Foi, deste modo, nos anos 70, que se assistiu a uma expansão no do uso/abuso de SPA em Portugal, embora que, sem a dimensão e o impacto social que o mesmo revelara noutros países, tendo por esta altura sido alavancados os primeiros passos para a criação de uma resposta pública a esta problemática, por intermédio do Decreto-Lei n.º 420/70, de 3 de setembro de 1970. Este diploma decretou a natureza criminal do consumo e da posse de drogas em Portugal, dando expressão a um paradigma penalizador, onde o consumidor é visto como um delinquente, sendo alvo de penalização de até dois anos de prisão (Modelo Criminal).

Fundamentalmente terá sido a partir de 1974 que ocorreu uma expansão do uso de drogas, acelerando intensamente o consumo. Deste modo, o que começou por ser um dos mecanismos de controlo do Estado Novo, acabou por se transformar num dos maiores problemas que o país iria enfrentar.

A 25 de abril de 1974 deu-se a queda do Estado Novo o que possibilitou o desmantelamento de um regime autoritário e conservador, levando o país para um quadro institucional democrático capaz de olhar para a problemática da toxicod dependência com uma perspetiva de resolução, possibilitando a criação e adoção de políticas públicas capazes de amenizar a evolução do problema, havendo por isso uma real preocupação em solucionar o mesmo (Dias, 2004).

Em 1975, numa tentativa de entender a problemática, através de estudos fundamentados, o Presidente do Conselho de Ministros instituiu o Centro de Estudos da Juventude (CEJ), que atuava na prevenção e no tratamento médico-social da dependência, adotando assim, um Modelo Clínico Psicossocial. Desta forma, o cenário da intervenção ocorre a nível médico, tendo como objetivo final cuidar de um ser biologizado numa vertente específica, pois considera a pessoa na sua multidimensionalidade, ampliando o sentido de saúde para uma experiência subjetiva (Püschel et al., 2005).

Não havia, até então, um órgão responsável pela fiscalização da circulação de substâncias, apesar de que a lei salvaguardava punições relativamente à sua atividade, assim, com a finalidade de fiscalizar o tráfico ilícito de drogas, foi implementado o Centro de Investigação Judiciário da Droga (CIJD), cuja intervenção se fazia de forma repressiva, (Decreto-Lei n.º 745/75, de 31 de dezembro).

No ano seguinte (1976) o CEJ foi substituído pelo Centro de Estudos da Profilaxia da Droga (CEPD) que alargou a sua intervenção para a inserção social do toxicod dependente e o CIJD foi substituído pelo Centro de Investigação e Controlo de

Droga (CICD) , mantendo as mesmas funções. Os dois organismos passaram a ser coordenados pelo Gabinete de Coordenação do Combate à Droga (GCCD).

Mais tarde, o GCCD foi reestruturado e passou a designar-se Gabinete de Planeamento e de Coordenação do Combate à Droga (GPCCD), ficando dependente do Ministério da Justiça. Ainda, o GPCCD passou a ser reponsável pela estruturação das atividades realizadas pelo CEPD e de planear atividades repressivas e preventivas para a problemática do tráfico ilícito de drogas através do Grupo de Planeamento, deixando o CICD de estar sob seu controlo, pois foi integrado na Polícia Judiciária (Püschel et al., 2005).

O Decreto-Lei n.º 792/76 inspirado no Modelo Clínico-Psicossocial, reconhece o consumo de drogas como “produto de uma instituição social, um construto social, que reconhece uma multiplicidade e heterogeneidade de formas” (Dias, 2007, p.43), destacando alguns fatores que se considerava contribuírem para o consumo:

a crise da juventude nas sociedades de consumo e de abundância; a crise das estruturas sociais e da família e, não raro, o projecto de utilizar a disseminação da droga como instrumento político de destruição da sociedade burguesa e ainda os lucros proporcionados pelo comércio e o tráfico de droga. (Preâmbulo do Decreto-Lei n.º 792/76)

A partir de 1983, com a publicação do Decreto-Lei n.º 430/83, de 13 de dezembro, estabeleceu-se o Direito português em matéria de drogas, que ia de encontro às convenções internacionais, como forma de enquadrar Portugal no panorama internacional de luta contra as drogas. Aqui, o fenómeno do consumo de drogas é reformulado e o toxicodependente passa a ser entendido como um doente, cujos problemas causados pelo seu estilo de vida tornam-se matéria de saúde pública. Já no respeitante ao tráfico, acentuou-se o carácter repressivo da lei, por se confirmar cada vez mais, a relação entre criminologia organizada e violenta ao ato de traficar drogas. À medida que se pensava no tráfico como um ato culposo, questionava-se o consumo como ação ilícita. A partir daqui a evolução da política direciona-se para uma visão menos punitiva e mais preventiva do consumo, numa perspetiva de redução de danos, abordando

o tema consoante o Modelo Biopsicossocial. Este modelo anda de mãos dadas com o Modelo Clínico-Psicossocial, pois a prática médica era centrada na pessoa e procurava ter em conta os determinantes sociais da doença, porém no Modelo Clínico-Psicossocial, o tratamento era proporcionado pelo CEPD que agia sob tutela do Ministério da Justiça, que considerava o consumidor um delinquente, enquanto que no Modelo Biopsicossocial, o toxicodependente passa a ser visto como um doente, e o seu tratamento é efetivado no Centro de Taipas, sob direção do Ministério de Saúde (Monteiro, 2013). O Centro de Taipas foi criado em Lisboa, por intermédio do Decreto-Lei n.º20-A/87, de 12 de junho. Foi a primeira unidade hospitalar do Ministério da Saúde direcionado para o tratamento de toxicodependentes, com os seguintes serviços: Consulta, Internamento (desabilitação), Urgência e Centro de Dia. Com base na experiência obtida pelo Centro de Taipas, criou-se, em 1989, o primeiro Centro de Apoio a Toxicodependentes (CAT), no Porto (Monteiro, 2013).

Neste contexto, surgiu o Projeto “Vida”- Programa Nacional de Combate à Droga, em 1987, que salientava a existência de trinta medidas no combate às drogas, entre as quais: domínio da informação, tratamento, reabilitação, sensibilização, reinserção e combate ao tráfico, tendo, portanto um caráter preventivo, pois procurava, também, difundir a informação por intermédio do rádio, televisão e imprensa. O projeto procurava, adicionalmente, dar incentivos a entidades e instituições privadas para que desenvolvessem projetos com vista ao tratamento, reabilitação e prevenção da toxicodependência. Contava-se, neste projeto, com a aliança entre o GPCCD e a Direção-Geral dos Cuidados de Saúde Primários, como forma de garantir, ao toxicodependente, um atendimento em estruturas do Ministério de Saúde (Monteiro, 2013).

O Projeto “Vida” foi reformulado em 1990, a sua estrutura passou a ser inovadora e de grande representatividade a nível nacional e internacional. Envolve não só o toxicodependente, como também a família e a sociedade em geral na problemática da toxicodependência. Note-se que até então as medidas eram tomadas tendo sempre o indivíduo como o centro da problemática, mas com esta reforma é possível entender que a preocupação começa a ser a de envolver toda a sociedade no tratamento do toxicodependente e na prevenção (Monteiro, 2013). No ano de 2000 o projeto “Vida” foi extinto por via do Decreto-Lei nº 90/2000 de 18 de maio.

Já em 1990 sentiu-se a necessidade de estender a outras regiões a intervenção feita pelos centros de prevenção e tratamento, tendo, deste modo, sido criado o Serviço de

Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT), pelo Ministério de Saúde (Decreto-Lei n.º83/90).

Concomitantemente, foi detetada uma nova dimensão à problemática do uso de drogas - o aparecimento do HIV/SIDA, associada à partilha de seringas entre os consumidores, o que implicou uma resposta rápida no âmbito da redução de riscos e minimização de danos, com vista a assegurar as condições sanitárias do consumo de drogas. Por esta razão, foi adotado pelas farmácias, um programa que consistia na distribuição de seringas de forma gratuita, dando então espaço para que nos anos 90 surgissem os programas “STOP SIDA” e “Diz não a uma seringa em segunda mão”, numa tentativa de prevenir o contágio de doenças infecto-contagiosas (Dias, 2004).

Em 1993, foi criado o Observatório Europeu da Droga e Toxicodependência (OEDT), sustentado pelo Decreto-Lei n.º302/93, com vista a proporcionar aos cidadãos, aos profissionais da área e, acima de tudo, aos políticos europeus, informações para que as decisões no âmbito da luta contra a droga fossem tomadas consoante a realidade do país.

Em 1997, chegou-se à conclusão que a toxicodependência era um dos principais problemas sociais, desta forma foi promulgada a Lei n.º7/97, a 8 de março, com vista à criação de Unidades de Atendimento, Unidades de Desabilitação e Comunidades Terapêuticas, de modo a garantir o acesso a cuidados de prevenção, tratamento e reinserção social e profissional a todos os consumidores de substâncias ilícitas.

Dado o cenário, ainda problemático, foi criado em 1999 o Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT) através do Decreto-Lei n.º 31/99, de 5 de fevereiro, com o intuito de atuar ao nível da saúde, mais especificamente na área das dependências aditivas, promovendo e proporcionando o tratamento dos consumidores. Era um serviço vertical, que contribuía para a uniformização dos serviços prestados nas cinco delegações regionais, de cariz local, que tutelava, passando a ser, anos mais tarde, denominado por Instituto da Droga e Toxicodependência (IDT), tendo sido destituído em 2012, sendo grande parte das suas funções executadas, hoje, pela SICAD (Dias, 2004).

Em 2001, Portugal passou a adotar um Modelo de Descriminalização, assim, deixou-se de considerar o consumo, a aquisição e a posse de droga para consumo próprio, um crime e foram criadas as Comissões para a Dissuasão da Toxicodependência (Decreto-Lei n.º 130-A/2001), que passaram a ser responsáveis pela interpretação e aplicação da lei, de modo a substituir os tribunais criminais (a anterior resposta do

Estado). O Modelo de Descriminalização do consumo, visa salvaguardar o direito do toxicodependente a obter tratamento médico para a sua adição, pois o mesmo é considerado doente/utente, aos olhos do Estado. Porém, apesar de não existir na lei qualquer sanção penal para o consumo de substâncias ilícitas, são previstas sanções, entendidas como sendo adequadas para promover a dissuasão do consumo, através da aplicação de multas, ou seja, o consumidor é descriminalizado, mas não despenalizado (Dias, 2004). A distinção entre contraordenação e crime é avaliada em gramas (gr.), tomando como exemplo a heroína, na medida em que, se um indivíduo tiver na sua posse mais de 1 grama, é avaliado como sendo crime, já que se entende que esta, não consiste numa dose para consumo, mas para tráfico (Portaria n.º 94/96 de 26 de março).

Com o Decreto-Lei n.º 183/2001, de 21 de junho, foi dada atenção à questão da redução de riscos e minimização de danos, por intermédio da criação de Gabinetes de Apoio, Equipas de Rua, Centros de Acolhimento entre outros.

Em 2004, elaborou-se o Plano Nacional de Luta Contra a Droga e Toxicodependência, para um período de 7 anos (2005-2012). Tratou-se de um planeamento estratégico, cuja finalidade passava por garantir uma coesão entre as diversas organizações, estruturando um plano que incidia nas matérias relacionadas com a problemática da toxicodependência, das quais: a prevenção primária das toxicodependências; a redução de danos e minimização de riscos; o tratamento dos toxicodependentes; a reinserção social dos toxicodependentes; o combate ao tráfico ilícito de drogas e o branqueamento de capitais; a formação na área da toxicodependência; a intervenção científica, (através de estudos de avaliação dos programas e projetos, produzindo informação estatística e documental) e por fim a cooperação internacional. Procurava-se, deste modo modificar, fortalecer e melhorar a intervenção.

Importa salientar que entre 1970 e 2004, relativamente ao quadro histórico, Portugal evoluiu significativamente no que diz respeito aos modelos adotados para o combate à toxicodependência, passando de um Modelo Repressivo (1970) para um Modelo de Descriminalização do consumo (2004), tendo por isso, reconhecimento positivo a nível Internacional (Monteiro, 2013). Nesta altura, Portugal é visto como um caso de sucesso devido à conceção de políticas pouco repressivas (Monteiro, 2013).

Foi em 2008 que ocorreu a aprovação do Plano de Ação da União Europeia de Luta contra a Droga (2009-2012), cujo objetivo passava por reduzir a procura e a oferta de droga, sensibilizar os cidadãos e aumentar a cooperação internacional.

Em 2013, na sequência do fim do ciclo do Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências (de 2005 até 2012), surge o Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Toxicodependências 2013-2020 (PNRCAD), cuja intervenção foi alargada, não se limitando à questão das substâncias psicoativas, procurando intervir nos Comportamentos Aditivos, nomeadamente na área dos jogos e da internet, e responder às necessidades dos indivíduos de forma dinâmica em todo o ciclo de vida. No respeitante à dependência face às substâncias psicoativas, mantém as áreas de intervenção, porém focando os esforços na redução da procura e na redução da oferta (SICAD, 2013).

Como salientado, a primeira legislação em Portugal relacionada com a droga foi publicada em 1924, tendo sido renovada depois de mais de 40 anos por se encontrar desatualizada. Procurou-se, portanto, introduzir algumas recomendações formuladas por organismos internacionais, definiu-se o conceito legal de estupefacientes e anexou-se uma lista de substâncias consideradas ilegais. Ainda, definiu-se o regime jurídico-penal ilícito das substâncias distinguidas, tanto a quem tinha posse, como a quem consumia, variando entre penalizações de permanecer preso entre dois e seis meses ou ao pagamento de uma multa avultada (SICAD, 2013).

Na atualidade, a intervenção no combate ao consumo de drogas baseia-se na prevenção, sendo vista como uma aposta na antecipação ao risco, tendo como principal objetivo intervir nas causas do fenómeno, de modo a não se manifestar no futuro. Procura, essencialmente, a compreensão do comportamento aditivo enquanto causador de mal-estar, com o intuito de criar respostas que minimizem a instalação desse estado, reduzindo os fatores de risco e aumentando os fatores de proteção, sendo, portanto, uma intervenção virada para a prevenção (SICAD, 2013).

## **2.2. Toxicodependência e Tratamento de Substituição com Metadona**

Conforme o estipulado no Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependências (OEDT) (2002), o tratamento da toxicodependência tem como principal objetivo, auxiliar as pessoas a recuperar o controlo das suas vidas. A maior preocupação de todos os países, incluindo Portugal, passa por garantir que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços e tratamentos adequados. Em Portugal o tratamento é efetivado consoante dois tipos de regime: o ambulatório (que proporciona

os cuidados de saúde sem que o utente tenha de seguir para internamento), através dos Centros de Respostas Integradas, Centros de Saúde e Equipas de Rua, e o regime de internamento (quando o utente entra numa determinada instituição, cujo regime de funcionamento implique a permanência nas suas instalações, de modo a proporcionar-lhe o devido tratamento), através das Comunidades Terapêuticas, Unidades de Desabilitação e Hospitais Psiquiátricos (OEDT, 2002).

O OEDT (2002) define Tratamento de Substituição como “uma forma de tratamento médico para os dependentes de opiáceos (em especial da heroína) baseado na utilização de uma substância semelhante ou idêntica à droga normalmente consumida” (p.1), isto é, o tratamento de substituição opiácea, baseia-se na troca da substância não prescrita por uma substância prescrita e menos prejudicial para a saúde física e mental do consumidor (Molina, 2007). Desta forma, o indivíduo encontra-se a realizar o tratamento de substituição opiácea, ou seja, encontra-se inserido em programa de substituição quando:

realiza um programa terapêutico com medicamento opióide em substituição, e, simultaneamente, recebe tratamento médico de outras doenças associadas (comorbilidades<sup>3</sup>), tratamento psicológico e social, para além de poder usufruir de outras medidas, pedagógicas, familiares, e de reinserção. (Patrício, 1996, como citado em Barrocas, 2011, p. 40)

Segundo o OEDT (2002), o tratamento de substituição, teve início, a título experimental, no final da década de 60, sendo que em meados da década de 90 já se encontrava implementado em todos os Estados-Membros da União Europeia. Segundo os dados da OEDT (2019) 654 000 toxicodependentes receberam tratamento de substituição em 2017, sendo que após um declínio verificável entre 2010 e 2015 o ano de 2017 assinalou um aumento de 4%, ou seja, entre 2015 e 2017 foi detetada uma subida de consumidores a usufruírem do tratamento de substituição em 17 países. Tendo em consideração que a cobertura difere de país para país, alguns ainda assinalam uma

---

<sup>3</sup> Entenda-se por comorbilidade o “duplo diagnóstico; múltiplo uso de drogas” (WHO, 1994, p.25)

cobertura abaixo do recomendado, mas no geral houve um aumento de cobertura comparativamente a dados disponíveis de 2008.

De uma forma geral, o princípio da substituição traduz-se num “duplo deslocamento”, na medida em que, em primeiro lugar, sucede-se a troca de uma substância de ação rápida e intensa, sendo esta a heroína, por uma substância de ação lenta e menos “psicomodificadora” como é o caso da metadona (Barrocas, 2012, p.41), e em segundo lugar o tratamento implica “um deslocamento do interior para o exterior, do sujeito para o prescrito e o quadro, possibilitando um espaço de negociação e interação” (Morel et al., 1998, como citado em Barrocas, 2011, p.41), pois quando o utente não se encontra num estado de descompensação a construção de um espaço terapêutico é uma possibilidade tangível.

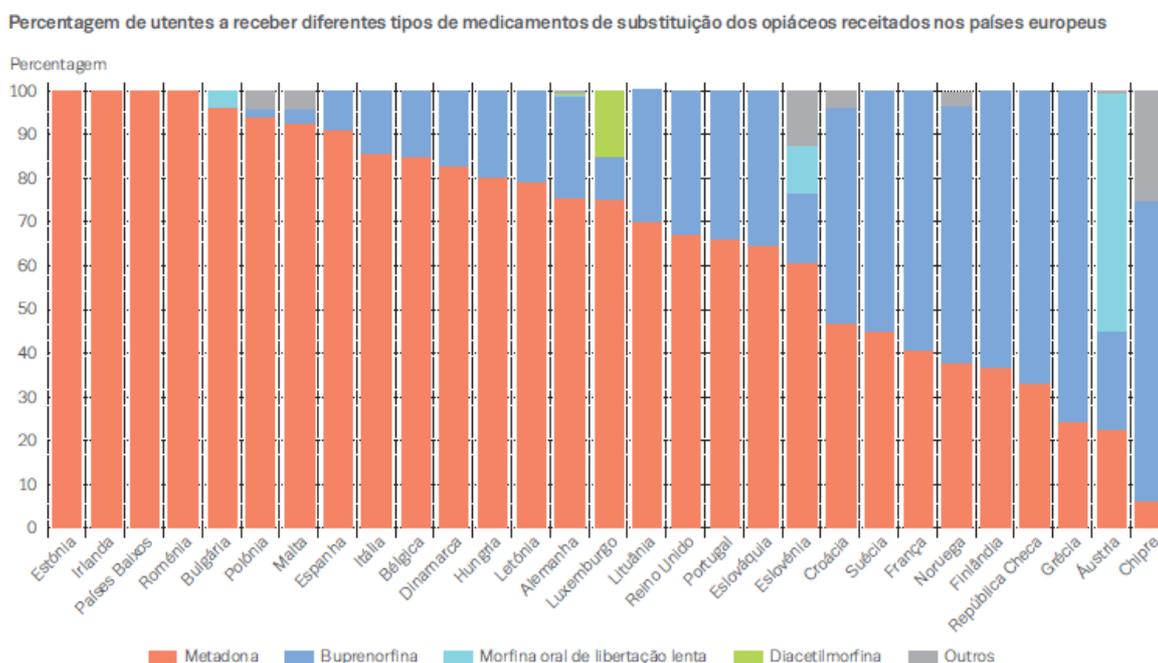
Acredita-se que a intervenção utilizada com os dependentes de heroína, que tenha por base o tratamento de substituição, é capaz de reduzir ou até eliminar o consumo de opiáceos não prescritos, no entanto, muitos dos utentes inseridos no tratamento de substituição, mantêm não só o consumo da heroína, como também de outras substâncias, como o álcool, o haxixe ou a cocaína. (Gossop et al., 2003; Rosa et al., 2015; Soyka, 2014).

Neste sentido, dentro do tratamento de substituição enquadra-se o tratamento de substituição com metadona, sendo este o tratamento mais utilizado nas estruturas de saúde pública especializadas na área das dependências, em Portugal. A metadona quando administrada na dose certa, e com regularidade, ajuda a suprimir o sofrimento físico e psicológico provocado pela ausência da heroína (OEDT, 2019). Por norma, o indivíduo é inserido em programa de metadona sob indicações específicas. O tratamento de substituição com metadona é uma resposta tanto para as pessoas que não podem permanecer abstinentes, independentemente da razão que sustente essa incapacidade, como para as pessoas que não querem deixar de consumir, pois tendo esta resposta poder-lhes ser oferecida a opção de alterar o consumo descontrolado com a heroína, para um consumo controlado com a metadona (Duro et al., 1994, como citado em Molina, 2007).

A metadona, embora de forma menos exclusiva, é a substância mais comum utilizada no tratamento de substituição a nível global e a que predomina em quase todos os Estados- membros. Com base no OEDT (2019), a metadona é utilizada em quase dois terços, mais concretamente em 63%, dos utentes inseridos em tratamento de substituição na Europa, porém, como qualquer outro medicamento, este deve ser utilizado em caso de

necessidade e o seu uso tem de ser controlado, pois a dosagem deve ter em consideração as características individuais de cada utilizador

Relativamente às substâncias utilizadas no tratamento de substituição e conforme destaca o Relatório Europeu sobre a Droga: Tendências e Evoluções (OEDT, 2019), as mesmas são a metadona, a buprenorfina, a morfina de libertação lenta, a diacetilmorfina e a heroína. De acordo com o relatório referido, a utilização da heroína está a ser testada desde 1997 nos Países Baixos e mais recentemente na Alemanha e no Reino Unido, sendo esta prescrita no caso do indivíduo ser considerado consumidor crónico, com o intuito de o estabilizar. O uso da buprenorfina, ainda que verificável em Portugal, é predominante em França, Noruega, Finlândia, República Checa, Grécia, Áustria e Chipre. Em 2002, segundo o OEDT (2019), a metadona era utilizada em mais de 90% dos tratamentos de substituição por opiáceo, estimando-se ainda que, o número de toxicodependentes a usufruir do tratamento de substituição com metadona, na União Europeia, tenha aumentou seis vezes entre 1993 e 1997 (Figura 1).



Nota: Nos Países Baixos, cerca de 10% dos utentes a receber metadona também recebem diacetilmorfina. Na Finlândia, a buprenorfina é administrada isoladamente ou em combinação com naloxona. Os dados do Reino Unido referem-se apenas ao País de Gales.

Figura1- Percentagem de utentes a receber diferentes tipos de medicamentos opiáceos prescritos nos países europeus (OEDT, 2019, p.71)

As substâncias disponíveis no tratamento de substituição produzem efeitos distintos, alguns especialistas consideram que a buprenorfina é mais adequada para os pacientes jovens e grávidas, pois anula o efeito da heroína quando consumida em paralelo, inibe a possibilidade de overdose e os problemas neonatais são reduzidos. Já a metadona é aconselhada a consumidores mais velhos (OEDT, 2019).

Para o tratamento farmacológico da dependência de heroína, é possível encontrar em Portugal algumas opções disponíveis de substâncias: “Metadona (opióide agonista total), Buprenorfina (opióide agonista parcial), Buprenorfina com Naloxona (opióide antagonista) e Naltrexona (opióide antagonista)” (Barrocas, 2011, p.40), sendo todas indicadas para o tratamento de substituição, predominando a metadona, como atrás realçado, como a substância mais utilizada em Portugal no âmbito do tratamento de substituição.

A metadona (Cloridrato de Metadona) é “preparada no Laboratório Militar segundo formulação desenvolvida pela Associação Nacional de Farmácias” (IDT, 2006, p.8). É um agonista opiáceo sintético, da família dos narcóticos, que produz efeitos similares à morfina, sendo por isso praticamente idêntica nas suas propriedades.

A sua administração é feita por via oral e os efeitos têm a duração média entre as 24 horas e as 36 horas, apesar de existirem diferenças discrepantes, pois algumas pessoas referem efeitos com a duração de 10 horas a 80 horas (Verter & Buning, s.d; Joseph et al., 2002). Esta substância é indicada para o tratamento de desintoxicação, para o alívio da dor aguda, para o tratamento de substituição (usar a metadona para acabar com os consumos de heroína e diminuir gradualmente o consumo de metadona) e para tratamentos de manutenção (quando o objetivo é manter, sem término, os consumos de metadona), sendo necessário um acompanhamento de uma equipa multidisciplinar que proporcione ao utente um conjunto de serviços médicos e sociais adequados (OEDT, 2019).

É de referir que a metadona pode produzir efeitos secundários, dos quais: aumento da transpiração, transtorno no sono, transtorno no desejo sexual e problemas de concentração. Estes efeitos secundários poderão persistir durante um longo período aquando do tratamento (Verter & Buning, s.d.). O consumo deve ser evitado no caso de o paciente sofrer de insuficiência respiratória grave ou quando existe hipersensibilidade à substância ou a algum componente que a compõe (IDT, 2006).

## **2.2.1 - Admissão e Procedimentos para o Tratamento de Substituição com Metadona em Portugal**

Em Portugal, os programas de substituição com agonistas opiáceos visam substituir o uso de opiáceos não prescritos por um fármaco opióide de prescrição médica, seja ele agonista total (Metadona) ou agonista parcial (Buprenorfina), de modo a diminuir os riscos associados ao consumo ilícito das substâncias psicoativas e o consumo dessas substâncias, essencialmente a heroína, ou outras drogas similares à morfina (IDT, 2006).

Este tratamento teve início no Porto em 1978, com os seguintes objetivos gerais:

- Suspender a dependência do opiáceo de rua ou o mau uso de outro opiáceo;
- Reduzir os problemas psico-socio-sanitários associados ao consumo;
- Melhorar a qualidade de vida dos utilizadores dos Programas;
- Favorecer a integração socio-familiar;
- Fomentar mudanças de estilos de vida;
- Facilitar a continuidade e permanência nos programas de tratamento e reinserção.

Agonistas opiáceos são recursos importantes na prestação de cuidados de saúde para alguns doentes dependentes de opiáceos. O uso destes fármacos, dentro de determinados parâmetros, permite;

- Inserir num programa terapêutico e facilitar o tratamento de outras patologias, de ordem psíquica ou somática, que coexistam no toxicodependente.
- Reduzir o consumo de substâncias ilícitas e reduzir o recurso à via injectável, fonte de transmissão viral e infecciosa.
- Contrariar a exclusão e obter melhorias na inserção social e profissional
- Melhorar o relacionamento interpessoal e familiar
- Em última instância, promover a capacidade de viver sem o recurso a quaisquer substâncias psicoactivas – incluindo a metadona ou outros opiáceos. (IDT, 2006,

p.7)

A conceção das regras definidoras dos requisitos para a entrada em tratamento de substituição com metadona, é tributária, em Portugal, da ação do Instituto da Droga e Toxicoddependência (IDT), órgão este, que se manteve até 2012, altura em que foi destituído. Não obstante, perduraram, mantendo-se em vigor, o procedimento e os critérios de acesso ao tratamento de substituição com metadona por este órgão estabelecidos, competindo a execução dos programas terapêuticos/ tratamento aos centros de cuidado especializados (CRI's; Hospitais, Centros de Saúde, Estabelecimentos Prisionais e Equipas de Rua) (Barrocas, 2011). Neste âmbito, o Manual intitulado “Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos” elaborado pelo IDT e datado de 2006 (IDT, 2006) configura assim um instrumento importante, principalmente por uniformizar o procedimento, a metodologia e as terminologias, de forma a orientar as intervenções em Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (PTAO), permitindo melhor compreender os procedimentos que sustentam a adesão ao tratamento de substituição com metadona em Portugal.

Acerca da adesão a programas terapêuticos, é sabido como salientam Verter e Bunim (s.d) que os critérios para a entrada no programa de substituição com metadona diferem consoante o país, sendo por isso muito variáveis, estando ainda, a admissão ao programa dependente, também, da disponibilidade de recursos existentes.

Tendo por base o OEDT (2002) e Molina (2007) podem distinguir-se os critérios de admissão em dois níveis, alto limiar e baixo limiar. Os programas cujo critérios de acesso são considerados de alto limiar, têm em consideração diversos fatores, desde a idade, ao número total de anos de dependência, o número total de tratamentos que não foram bem-sucedidos, entre outros, sendo por isso considerados mais rígidos e de menor abrangência. Os programas cujos critérios são considerados de baixo limiar, estabelecem como critérios a intenção de realizar o tratamento e a dependência face a uma substância não prescrita ou ilegal (heroína).

Em Portugal, segundo o IDT (2006), podem ser considerados três níveis de programa, que são estabelecidos consoante a sua exigência e os objetivos a ser alcançados: alto limiar de exigência, que tem como finalidade alcançar a abstinência da substância psicoativa não prescrita, através de um acompanhamento multidisciplinar a nível médico, psicológico e social, tendo em consideração que a admissão depende de um contrato terapêutico prévio e da realização de “análises toxicológicas” (p.7) frequentes,

podendo o utente ser penalizado no caso de manter os consumos de substâncias não prescritas ou ilegais; baixo limiar de exigência, que diz respeito às intervenções realizadas no âmbito da Minimização de danos e Redução de Riscos, pois procura que o utente, inserido em programa de substituição com metadona, estabeleça contacto com outros serviços “sóciosanitários” (p.8) e evite comportamentos de risco, sendo que estando mais estável poderá transitar para “outro tipo de intervenção mais estruturada” (p. 8); e de objetivos intermédios, que através de uma combinação de aspetos dos níveis anteriores, se focaliza na reinserção social e pessoal do indivíduo e não tanto na abstinência total.

Sobretudo e como Molina (2007) realça, para que o indivíduo seja abordado acerca da possibilidade de ser inserido no programa de tratamento de substituição com metadona, é importante avaliar o seu estado psicológico e social, nomeadamente o seu historial de consumos, o seu percurso judicial, o estado da sua saúde física e mental e as relações pessoais e familiares. De facto, e seguindo de perto as Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos (IDT, 2006), a prescrição de agonistas opiáceos, neste caso da metadona, implica uma avaliação prévia do utente, em regime de consulta, de modo a serem realizados os devidos exames complementares necessários ao diagnóstico, sendo por isso de responsabilidade médica. O utente e a sua família devem ser devidamente informados acerca dos procedimentos desde a consulta de avaliação inicial. Caso o utente seja menor de idade (menor de 16 anos), é necessário o consentimento e a assinatura dos responsáveis legais do mesmo. Deste modo, todos os CRI's e serviços responsáveis e capazes de prescrever agonistas opiáceos para o tratamento de substituição, devem comprometer-se com o utente e com a família ou responsável legal, no sentido de proporcionar ao paciente as seguintes avaliações:

- Uma avaliação inicial de entrada no programa, em que é avaliado o estado de saúde físico / psíquico do paciente e são dadas todas as informações sobre o programa.
- Esta avaliação inicial de entrada no programa (que pode ou não coincidir com a admissão no serviço) é constituída pelos dados recolhidos nos primeiros momentos de contacto (2 a 3) do paciente, família / tutor, com a equipa terapêutica, com o objectivo específico do programa de substituição.

- Nesta avaliação inicial:
- Deverão ser efectuados os exames médicos / psicológicos necessários.
- Deverá ser preenchida uma ficha de entrada no programa
- Deverão ser acordados, num clima de confiança e verdade, os objectivos realistas do tratamento e assinado o respectivo contrato de admissão.
- Deverão ser explicados o regulamento do programa de substituição e os critérios de exclusão.
- Paciente e família / tutor deverão ser informados de que serão efectuadas avaliações semestrais do programa.
- Uma avaliação no final do 1º mês.
- Preenchimento de ficha
- Avaliações de seguimento semestrais.
- Preenchimento de ficha de seguimento e ficha de avaliação dos objectivos
- Auto-avaliações semestrais, realizadas pelos pacientes.
- Preenchimento de questionário
- Avaliações semestrais, realizadas pela família / tutor.
- Preenchimento de questionário. (IDT, 2006, p.17)

A admissão em Tratamento de Substituição opiácea deverá considerar “todos os utentes dependentes de opiáceos para os quais não se considere viável a abstinência, a curto ou médio prazo, através de outro programa terapêutico” (IDT, 2006, p. 13). Desta forma são considerados candidatos prioritários ao Tratamento de Substituição de opiáceos os seguintes casos:

- Grávidas;
- Com patologia infecciosa;
- Politraumatizados;

- Que tenham muitos anos de consumos, com vários tratamentos fracassados ou que estejam impossibilitados de recorrer a outros tratamentos;
- Que tenham condições físicas e sociais muito degradadas e/ou na marginalidade e que queiram desenvolver um processo terapêutico;
- Companheiro de grávida em programa de substituição com Metadona;
- Indivíduos de nacionalidade estrangeira (ou portugueses residentes no estrangeiro) quando de férias em Portugal, bem como deslocados de outros serviços do IDT, que estejam em programa de tratamento com agonista opiáceo, desde que o atestem e/ou após contacto com o serviço de origem. (IDT, 2006, p. 13)

Ainda, os casos que não devem ser admitidos em Tratamento de Substituição Opiácea reportam-se a:

- Indivíduos que não sejam dependentes de opiáceos;
- Indivíduos que sejam alérgicos à metadona ou buprenorfina;
- Indivíduos com depressão respiratória ou doença respiratória grave;
- Situação de parto - a administração de opiáceos durante o parto pode originar depressão respiratória no recém-nascido. (IDT, 2006, p.14)

O Tratamento de Substituição deve respeitar as seguintes normas que ajudam a clarificar as implicações/exigências no que concerne à entrada no Tratamento, devendo ser explicadas e clarificadas ao utente e aos familiares/responsáveis legais:

- Consulta médica periódica.
- Consulta de enfermagem periódica.
- Acompanhamento sócio-familiar periódico.

- Consulta psicoterapêutica (individual / grupo) regular, no mínimo mensal.
- Controlo analítico geral de 6 em 6 meses.
- E.C.G. e Rx Tórax anuais
- Pesquisa de metabolitos urinários sempre que a equipa técnica julgar necessário.
- Avaliação médica e psicossocial cada 6 mês.
- Co-responsabilização de um familiar / tutor ao longo de todo o programa (inclui realização de avaliação semestral).
- Obrigatoriedade de o utente avisar, com pelo menos 5 dias úteis de antecedência, da deslocação para localidades fora do âmbito do CAT onde se encontra inscrito.
- Os comprimidos de Buprenorfina são tomados no domicílio, geralmente na presença de um familiar ou tutor, mas se isso não for possível e/ou se persistirem dúvidas acerca da correcta utilização do medicamento a equipa terapêutica pode decidir pela toma observada no CAT ou noutra unidade de saúde. (IDT, 2006, pp.14-15)

A toma da metadona pode ser feita de duas formas, presencial ou não presencial. A segunda surgiu da necessidade de proporcionar ao indivíduo, que já se encontra estável, uma maior liberdade, evitando que se desloque diariamente à instituição e possa dessa forma reestruturar a sua vida social.

O Manual “Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos” considera, ainda, as situações em que o Tratamento de Substituição opiácea deve ser suspenso, sendo estas: “uso indevido do medicamento opióide (mau uso na administração, venda ou troca); comportamentos de violência verbal ou física nas unidades especializadas ou noutros locais de administração” (OEDT, 2006, p. 14). Em programas de alto limiar, o Tratamento de Substituição é suspenso nos seguintes cenários: “faltas injustificadas ou persistentes às consultas previamente estabelecidas; recusa ou falta injustificada ao controlo analítico de metabolitos; resultados analíticos positivos de metabolitos opiáceos – a avaliar de acordo com o grau de exigência; falta de cooperação

no tratamento, nomeadamente com tentativas de “troca de urina” (OEDT, 2006, p. 14). Já em programas de baixo limiar, o Tratamento de Substituição é suspenso devido à “recusa em fazer rastreio para doenças infecciosas” (OEDT, 2006, p. 14).

Nos casos em que o Tratamento de Substituição com Metadona é suspenso, as doses são reduzidas progressivamente e os utentes ou são encaminhados para Comunidades Terapêuticas, podendo finalizar ou não o Tratamento de Substituição em regime de internamento ou, em caso de urgência em acelerar o processo o utente é encaminhado para uma Unidade de Desabituação, onde permanecerá internado por dez dias. É de extrema importância que o utente mantenha o acompanhamento psicossocial após término do Tratamento de Substituição.

Importante referir que o tratamento de substituição é temporário (entre 1 e 3 anos), podendo ainda ser prolongado, estando a sua duração dependente da evolução clínica do paciente (IDT, 2006). A utilização da metadona em tratamento de substituição é admissível e justificável quando é tido em consideração que a mesma é capaz de evitar os riscos associados ao consumo de heroína.

### **2.3 - Vantagens e Desvantagens do Tratamento de Substituição com Metadona**

Para avaliar o tratamento de substituição com metadona é importante ter em consideração dois aspetos fundamentais, o primeiro passa por verificar se o utente se mantém no programa e o segundo se o utente mantém o consumo de drogas não prescritas ou ilegais em paralelo (Molina, 2007).

O OEDT (2019) apesar de considerar os dois aspetos anteriormente referidos, acrescenta dois aspetos que assume igualmente importantes na avaliação: os comportamentos de risco, de forma a entender se ocorreram alterações na prática por parte do utente, e a taxa de mortalidade associada à substância psicoativa não prescrita, procurando perceber se houve alguma alteração no número de afetados após adoção do programa de substituição com metadona.

Importa salientar que existem vantagens e desvantagens, associadas aos tratamentos de substituição com Metadona, os quais devem ser devidamente integrados e praticados, através da prática de uma equipa que atua numa dinâmica multidisciplinar, procedendo à avaliação das necessidades individuais de cada utente.

No respeitante às vantagens, a metadona tem como principal função a contenção, pois quando consumida oralmente, atua por um longo período e lentamente, tornando-se efetiva no controle da adição. Tendo em conta que a sua ação é prolongada, a metadona tem a capacidade de aliviar a dor emocional, o stress e a frustração da diminuição do efeito, reduzindo, deste modo, a possibilidade de reações regressivas (entenda-se por recaídas), ou seja, os consumos em paralelo (Magalhães, 2008). Como faz parte da família dos narcóticos, “a metadona tem uma acção psicotrópica específica que atenua a raiva e a agressão, contrariando as influências desorganizadoras” (Hagman, 2002, como citado em Magalhães, 2008, p.74), resultando em estabilidade e numa maior possibilidade de reorganização social (Rodrigues, 2006).

Apesar do tratamento possibilitar o distanciamento e, muitas vezes, a paragem do consumo de substâncias psicoativas, a maior crítica feita prende-se com o facto de se considerar que o paciente não é livre de drogas, pois só transita a dependência para outra substância igualmente viciante (Verter & Buning, s.d.). Assim, dada a dependência física que cria no utente, a metadona causa abstinência aguda, o que significa que no caso de descontinuação do fármaco, o procedimento deve ser feito de forma gradual e lento, nunca de forma abrupta.

É possível afirmar que os pacientes em programa de substituição com metadona registam uma redução significativa no que diz respeito aos delitos criminais, dado que grande parte desses delitos eram causados pela necessidade que tinham de conseguir dinheiro para ter acesso ao produto não prescrito (heroína) (Melo, 2008; Verter & Buning, s.d.). Assim, o tratamento de substituição com metadona não se limita ao tratamento da dependência face à heroína, este confere, também, uma vasta lista de benefícios para o paciente, para a família do paciente e para a comunidade em geral, permitindo a tão desejada reconexão das ligações familiares e sociais (Sousa, 1996), pois entende-se que o utente ganha qualidade de vida e passa a ser capaz de focar os esforços na reconstrução da vida, a nível pessoal e profissional.

Outro ponto que pode ser assinalado como vantagem do tratamento de substituição com metadona é o facto de o mesmo reduzir, consideravelmente, o risco de morte por overdose, caso seja utilizada consoante o recomendado pela equipa técnica que acompanha o utente, pois é estritamente importante, que seja realizada uma correta e cuidadosa monitorização dos efeitos da metadona, após a sua administração, durante as duas primeiras horas, isto porque, a sua lenta metabolização, poderá levar a uma

acumulação (OEDT, 2019). Caso contrário, se ocorrer a administração em paralelo com outros fármacos, a situação poderá causar efeitos sinérgicos (junção de efeitos), como a depressão respiratória acompanhada de sedação, possibilitando um aumento de mortalidade nas primeiras semanas do tratamento (OEDT, 2019).

É de realçar que, o contágio de HIV/SIDA, por intermédio de partilha de seringas, sofre, de igual modo, uma diminuição relevante e a saúde física do participante aponta melhorias de uma forma geral (Verter & Buning, s.d.; Joseph et al., 2002).

Ainda, estudos médicos afirmam que o tratamento de substituição com metadona não proporciona qualquer risco durante a gravidez, pois não danifica o desenvolvimento intelectual, cognitivo ou motor do embrião (Joseph et al., 2002).

Uma grande vantagem da metadona como substância para o tratamento farmacológico da dependência de heroína é o seu valor comercial, esta tem o valor de oito euros por semana, para cada utente, sendo que em Portugal a metadona é gratuita, ou seja, garantida pelo Estado. Já outros fármacos, como a buprenorfina têm um custo mais elevado e em Portugal, o Estado comparticipa com 37% do valor. O facto de a metadona ter um valor comercial tão baixo e de poder ser adquirida gratuitamente, diminui o interesse em ser traficada, contudo, ainda existe quem a trafique (OEDT, 2019)

### **2.3.1 – Os Utentes e Profissionais de Saúde face ao Tratamento de Substituição com Metadona: entendimentos**

O entendimento acerca da importância do tratamento de substituição com metadona para os utentes e profissionais mostra-se muito articulado com as crenças que os mesmos possuem. Segundo Shirley (2004, p.41), não é possível falar acerca das crenças de forma isolada, pois estas encontram-se estritamente ligadas às atitudes, deste modo, "...as crenças são associações que os indivíduos estabelecem entre o objeto de atitude e os vários atributos desse mesmo objeto", o que significa que "...as crenças de um indivíduo têm origem na informação que ele obtém por via direta (através da experiência pessoal com os objetos) ou indireta, através da interação com os outros".

As crenças criadas pelos utentes e pelos profissionais de saúde da área da toxicod dependência, acerca do tratamento de substituição com metadona, são produto das informações que obtiveram de forma direta ou indireta, sendo que as mesmas se refletem nas atitudes e na forma como o utente e o profissional de saúde agem perante o tratamento

(Shirley, 2004). Deste modo, o significado do produto de substituição, ou seja, da metadona, independentemente do grau de consciência, é um aspeto relevante para o utente, para a sua rede social (família, amigos), para os técnicos que o acompanham e para a sociedade em geral (Shirley, 2004).

Dada a envolvimento de todos estes grupos, o técnico de saúde é submetido a grandes pressões sociais, que testam, de certo modo, os seus limites e competências enquanto profissional. A pressão que existe para que seja criada uma relação de cumplicidade entre o utente e o terapeuta, a responsabilidade imputada ao técnico pela família para que o problema das adições seja resolvido rapidamente, a responsabilidade face à sociedade em geral e as pressões internas tornam o trabalho do profissional de saúde mais complexo. Portanto, para dar resposta a um problema desta escala os profissionais de saúde que trabalham na área da toxicodependência têm um papel fundamental na construção de respostas amplas, complexas e diversificadas (Verster & Buning, s.d.).

Para Shirley (2004) todos os técnicos de saúde, independentemente da área de atuação, possuem crenças leigas, individuais ou variáveis, “sendo habitualmente descritos como possuidores de crenças profissionais, que com frequência se assumem de forma consistente e previsível.” (p. 40). Assumindo que os técnicos têm crenças acerca do tratamento de substituição com metadona, essas terão impacto na forma como cada técnico de saúde atuará perante cada situação, ou seja, as crenças serão um fio condutor para chegar a criação de uma resposta.

Além do mais, as crenças acerca do tratamento de substituição com metadona, são tão relevantes, ao ponto de haver necessidade, por parte dos técnicos de identificarem, através do utente, qual a visão/crenças que o utente considera que as pessoas que lhe são próximas têm acerca do seu tratamento de modo a minimizar o impacto que essas visões/crenças têm sobre ele. De uma forma geral, quando as visões/crenças são negativas, os utentes têm tendência em sofrer recaídas, por essa razão, cabe ao técnico trabalhar com o utente para que possa lidar com essa situação (Magalhães, 2008).

A verdade é que o programa de substituição com metadona, cria em alguns utentes falsas ilusões, no sentido em que procuram apenas transitar de uma substância para a outra tentando evitar ao máximo tudo o resto, ou seja, acompanhamento psicológico, social e médico, exames de rotina e de controlo e regras. Tendo em conta esta visão, os entendimentos dos utentes ao entrar em programa de substituição com metadona baseiam-

se na busca por remédio milagroso, exceto algumas exceções. Desta forma, é comum que alguns utentes vejam no produto uma saída, acreditam, portanto, que a metadona lhes permite deixar a heroína sem que tenham de passar por um processo doloroso de abstinência que resultaria em dor física e dor emocional, mantendo, ainda, a esperança de que poderão sentir os efeitos provocados pela heroína consumindo o produto referente ao tratamento de substituição, sendo que por isso tentam obter a dosagem mais alta (Magalhães, 2008).

Outros utentes, apesar de acreditarem, de igual forma, que a metadona lhes permitirá alcançar finalmente a liberdade, acabam por ser mais realistas, e após a indução (processo para chegar à dosagem que mantém o utente estabilizado) informam de forma assertiva quando se sentem compensados/estabilizados. Por serem mais equilibrados que os anteriores, acabam por conseguir usufruir dos restantes recursos que se encontram disponíveis na instituição que frequentam (Magalhães, 2008).

Ainda, existem os utentes, como Magalhães (2008) destaca, que passaram por sucessivas falhas com outros tipos de tratamentos, estes não acreditam no tratamento de substituição com metadona como algo eficaz, aliás, descrevem o mesmo como sendo motivo de grande ansiedade, pois esperam o momento em que vão fracassar. Devido ao alto nível de desconfiança, estes utentes utilizam todos os recursos disponibilizados pelas instituições, de modo a poderem identificar problemas e solicitar soluções.

No essencial pode referir-se que os entendimentos ou as crenças dos utentes face ao tratamento de substituição com metadona são extremamente importantes para que o mesmo possa ter sucesso e seguir o melhor caminho para a abstinência, mas tão ou mais relevantes do que as crenças do utente, são as crenças dos profissionais de saúde, pois segundo Vasconcelos (2000, p. 72) “Quando o terapeuta não acredita na possibilidade do utente poder evoluir para a abstinência através dum programa de substituição, então as coisas vão seguramente correr mal”. Assim, cabe ao técnico de saúde/terapeuta, através da criação de uma relação terapêutica com o utente, esclarecer todas as questões acerca do tratamento de substituição com metadona. É de extrema importância que o utente acredite que o tratamento será uma solução, não rápida nem milagrosa, mas eficaz e trabalhosa.

## **PARTE II: CONTEXTO DE ESTÁGIO**

### **3 – O Centro de Respostas Integradas de Coimbra e o Serviço Social**

#### **3.1 - Caracterização do Centro de Respostas Integradas de Coimbra**

As sucessivas avaliações realizadas através do Plano Nacional de Luta contra a Droga, resultaram em recomendações que foram usadas como base para a criação da Estratégia de 1999, que consagraram os princípios do humanismo, a ação centralizada na pessoa, no território e na construção de respostas integradas numa lógica de proximidade, efetivadas através da intervenção dos Centros de Respostas Integradas (CRI's) (ARSC, 2014).

Os Programas de Respostas Integradas (PRI's), tiveram início em Coimbra, em 2008 e 2009, sob financiamento público. O Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI de Coimbra) conta com trinta e sete anos de experiência, sendo resultado da reestruturação do CAT (PORI, 2020).

O CRI de Coimbra representado em termos de estruturação pelo organograma<sup>4</sup> que abaixo se apresenta (Figura 2) mostra-se inserido na Divisão de Integração nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (DICAD) e funciona sobre a alçada da Administração Regional de Saúde do Centro (ARS Centro) desde a publicação do Decreto-Lei n.º 22/2012, de 30 de janeiro, que determinou o domínio do licenciamento, por parte da ARS Centro, da área geográfica de atuação detida anteriormente pelo IDT. O CRI de Coimbra conta com Equipas Técnicas especializadas (E.T. de Coimbra e E.T. da Figueira da Foz), composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com intervenção na área do tratamento, reinserção e redução de risco e minimização de danos (RRMD). A Equipa técnica especializada de Coimbra divide-se em três equipas de intervenção: Equipa A, Equipa B e Equipa C, que se caracterizam pela intervenção multidisciplinar, na medida em que cada equipa conta com pelo menos um profissional de cada área de intervenção.

Ainda, O CRI de Coimbra, conta, de igual forma, com Equipas de Intervenção Comunitária (EP Coimbra e EP Figueira da Foz), composta por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, com intervenção na área da prevenção.

---

<sup>4</sup> Reporta-se à data da realização do estágio no âmbito de Mestrado.

## ORGANOGRAMA- CENTRO DE RESPOSTAS INTEGRADAS (CRI) DE COIMBRA

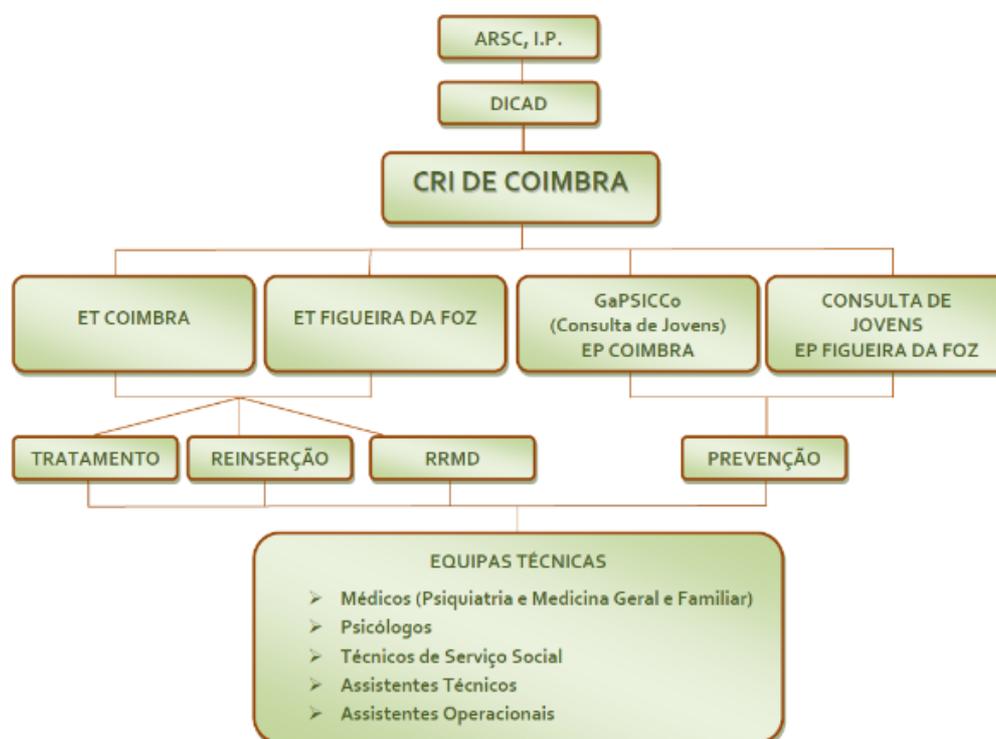


Figura 2 - Organograma do Centro de Respostas Integradas de Coimbra (CRI de Coimbra) (ARSC, 2014, P.7).

O CRI de Coimbra é financiado por intermédio de verbas que são disponibilizadas pelo Ministério da Saúde e distribuídos pelo SICAD, sendo, portanto, uma instituição de natureza pública (PORI, 2020).

O Edifício do CRI de Coimbra está sediado em Coimbra, na Rua Pinheiro Chagas, n. °88, código postal 3030-333. São realizadas consultas de segunda-feira a sexta-feira, entre as 9 horas e as 18 horas, mediante marcação, não sendo sujeitas a taxa moderadora. É constituído por quatro andares. O primeiro andar é constituído pela sala de espera, receção, sala de reunião, cozinha, secretaria, casa de banho da ET, casa de banho dos utentes, um gabinete e a sala onde se realizam as secções de psicodrama. No segundo andar encontram-se mais gabinetes de apoio técnico, a sala de enfermagem e uma casa de banho para utentes. No terceiro andar encontra-se a direção, gabinetes de apoio técnico e uma casa de banho para a ET.

O público-alvo do CRI de Coimbra é constituído por pessoas com problemas aditivos, que precisam dos diversos recursos disponibilizados pela instituição, de modo a estabilizarem os consumos e poderem viver uma vida mais perto do normalmente aceite pela sociedade. Ainda, pode-se considerar que, pelo facto de a instituição seguir um modelo biopsicossocial, os familiares e conhecidos da pessoa dependente, são também o público-alvo desta instituição (SICAD, 2020).

Deste modo, o CRI de Coimbra, disponibiliza acompanhamento especializado direccionado para o tratamento terapêutico, acompanhamento psicoterapêutico e social ao utente e à família/envolventes dos utentes, cuidados de enfermagem e prescrição de medicamentos. Ainda, sendo uma estrutura de proximidade, de cariz operativo, com ação local, ou seja, Unidades de Intervenção Local (UIL), articula com as diversas instituições locais com ação direta nos problemas aditivos, com o intuito de dar uma resposta mais especializada, diminuir os fatores de risco na área de atuação e reinserir na sociedade indivíduos com problemas aditivos de substâncias legais e ilegais. Por entre as várias instituições com as quais o CRI trabalha em articulação, destacam-se as instituições públicas de saúde inseridas, igualmente, no Ministério da Saúde, ou outras que com este também se articulam, tendo como exemplo as unidades de desabilitação, as comunidades terapêuticas e as casas de acolhimento temporário (SICAD, 2020; DICAD, 2021, PORI, 2020). Importa salientar que o papel realizado por estas unidades (unidades de desabilitação, comunidades terapêuticas e casas de acolhimento) é extremamente importante, pois estão capacitadas para intervir de uma forma mais aprofundada, na medida em que a proximidade possibilita uma análise mais pormenorizada das necessidades dos locais, pois focam a intervenção no seu território de atuação.

## **3.2 – Enquadramento Profissional do Serviço Social**

### **3.2.1 - Serviço Social na Área da Saúde**

Nos termos da Federação Internacional de Trabalhadores Sociais (FITS) o Serviço Social traduz:

uma profissão baseada na prática e uma disciplina académica que promove a mudança e o desenvolvimento social, a coesão social e o empoderamento e a

libertação das pessoas. Princípios de justiça social, direitos humanos, responsabilidade coletiva e respeito às diversidades são centrais para o trabalho social. Apoiado em teorias de serviço social, ciências sociais, humanidades e conhecimentos indígenas, o serviço social envolve pessoas e estruturas para enfrentar os desafios da vida e melhorar o bem-estar. [...] O trabalho social é um divisor de águas. Os assistentes sociais trabalham em comunidades com as pessoas encontrando caminhos positivos para os desafios que enfrentam em suas vidas. Eles ajudam as pessoas a construir o tipo de ambiente em que querem viver, por meio da co-determinação, coprodução e responsabilidade social. A saúde econômica não pode ser alcançada sem a saúde social (FITS, 2014)<sup>5</sup>.

O assistente social rege a sua intervenção social, tendo por base o Código Deontológico dos Assistentes Sociais, sendo este, “um documento que define nos seus normativos um conjunto de valores, princípios e obrigações de conduta ética de referência para todos os assistentes sociais que exercem em Portugal” (APSS, 2018, p.3).

Ainda, tendo por base a perspectiva de Ponticelli (1994), o Serviço Social pode ser entendido como:

Um processo (...) realizado por um profissional que se encontra integrado num sistema organizado de serviços, (...) dirigido a indivíduos, grupos ou sujeitos coletivos, propenso ativar uma “mudança”, tanto no modo de estar dos indivíduos, grupos ou coletividades, face aos problemas que os afetam, (...) como na relação entre as exigências do meio e as respostas pessoais, coletivas e institucionais, por ativar ou já disponíveis (Ponticelli, 1994, p. 23, como citado em Santos, 2009, p. 87).

---

<sup>5</sup> Vd. Global definition of social work. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Neste contexto, retira-se que, o assistente social parte do pressuposto que as potencialidades a desenvolver estão presentes não só no indivíduo, como também no seu meio ambiente, sendo que a intervenção passa por uma interação entre ambos, com o intuito, tanto de resolver, como de prevenir (Almeida, 2001).

É de salientar que o agir do assistente social interfere:

nos modos de querer e saber, nos domínios das culturas; nas estruturas, nas organizações, nas normas, nos códigos e regras de funcionamento de sistemas societários (toca o campo dos poderes); nos quotidianos dos destinatários da intervenção e no mundo objetivo. (Andrade, 2001, p. 186)

Caraterizando-se como uma ação predominantemente reflexiva que detém “um conjunto articulado de valores, teorias e práticas” (Santos, 2009, p.60), não se caracteriza, portanto, segundo a vontade e sensibilidade de quem o pratica, pois existem metodologias, modelos e métodos que lhe são próprios e o afastam de ações de caridade e filantropia. Neste sentido, importa ressaltar que

A caridade não traz mudança, pode criar dependência. A proteção social é uma responsabilidade da comunidade, mas também deve levar à inclusão e à coesão social nas nossas sociedades. Os assistentes sociais têm habilidades, conhecimento e experiência para trabalhar ao lado das pessoas e apoiá-las nessa jornada pela mudança, para que possam alcançar o bem-estar individual e coletivo. (FITS, 2014)<sup>6</sup>

O Assistente Social adota na prática perspectivas a diferentes níveis: perspectiva reflexiva-terapêutica, caraterizando-se como um processo cujo intuito passa por melhorar

---

<sup>6</sup> Vd. Global definition of social work. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

o bem-estar da sociedade (indivíduos, grupos e comunidades), emancipando as pessoas para que supram as suas necessidades e possam dar respostas aos seus problemas; perspetiva socialista-coletiva, onde o Serviço Social procura empoderar as pessoas mais oprimidas e desfavorecidas, através de uma procura de cooperação e apoio da sociedade e perspetiva individualista-reformista, que pretende ir ao encontro das necessidades do indivíduo, com intenção de tornar as sociedades menos desiguais, promovendo através da realização pessoal, o crescimento social (Albuquerque et al., 2013)

Uma das áreas de intervenção do Serviço Social, é a Saúde. A relação do Serviço Social com a área da saúde mostra-se “constitutiva da sua identidade profissional” (Martinelli, 2003, p.9). Terá sido em 1905, com a implementação do Serviço Social no Massachusetts General Hospital, pelo médico Richard Cabot, que se estabelece o início da relação entre o Serviço Social e a saúde, sendo que em Portugal, foi na década de 40 que se deu a institucionalização do Serviço Social no campo hospitalar (Martins, 1993). Esta institucionalização foi feita com base na ideologia de que a prática médica, de forma isolada, não seria eficaz sem que houvesse uma relação entre as condições sociais do doente e a doença. Desta forma, o Serviço Social na saúde é visto como uma ferramenta capaz de realizar um diagnóstico e tratamento médico-social dos pacientes (Martinelli, 2003).

A World Health Organization determina uma definição ampla e visionária do conceito de saúde, onde a define como sendo um estado de completo bem-estar, tanto mental, como físico e social, que não se baseia apenas na ausência de doença (WHO, 2010).

Mais do que um conceito, a saúde é um direito humano universal, consagrado no artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948, que defende que “Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários [...]”<sup>7</sup>

O direito à Saúde está consagrado na Constituição da República Portuguesa, publicado no Diário da República n.º 86/1976, Série I de 10 de abril de 1976. Neste diploma legal considera-se a Saúde como um direito, que cabe a todos defender e

---

<sup>7</sup> Vd. Declaração Universal dos Direitos Humanos, Artigo 25º, 1948. <https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>

promover, através de um serviço nacional de saúde universal, que tenha em consideração as condições económicas e sociais dos utentes, sendo tendencialmente gratuito.

A intervenção do Serviço Social é convocada dada a existência de iniquidades em saúde, que são causadas pelas condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Deste modo a intervenção do Assistente Social passa por minimizar o impacto do ambiente, possibilitando, ao indivíduo, um tratamento igual, onde possa usufruir do direito à saúde, através de um sistema de saúde digno, independentemente do meio em que este está envolvido (Sousa, 2020). De uma forma geral, a intervenção do assistente social na saúde é efetivada através:

a) do acompanhamento psicossocial ao indivíduo e família e outras pessoas que façam parte da sua rede de ajuda; b) da articulação com as redes formais e informais de apoio, tanto a nível individual como coletivo; c) do contributo para a humanização e qualidade dos serviços de saúde; d) da supervisão técnica e orientação; e) da investigação, estudo e elaboração de processos, métodos e técnicas de intervenção; f) da participação na definição e promoção dos cuidados de saúde. (Sousa, 2020, p. 20)

Conforme Branco e Forçadas (2012) advogam, a relação do Serviço Social com a saúde tem sido moldada em função da evolução da medicina, contudo, a intervenção na saúde tem deixado de ser, de forma progressiva, um domínio exclusivo dos médicos, e a entrada de outras profissões que contribuem para uma metodologia de intervenção mais ampla e global é já uma realidade. Portanto, a entrada do Serviço Social na saúde corresponde à evolução que esta área de atuação tem sofrido (Branco & Forçadas, 2012).

Deste modo, e segundo Nogueira e Mito (2006) o Serviço Social na saúde posiciona-se através de fatores económicos, políticos e sociais que condicionam o acesso igualitário a recursos indispensáveis para a garantia de direitos humanos. Assim, cabe ao Serviço Social na saúde, garantir que a população sinalizada em risco de exclusão e /ou vulnerabilidade social, tenha acesso aos recursos, serviços e cuidados de saúde que necessita, sendo, portanto, um dos grandes objetivos da sua intervenção, a criação de

condições que otimizem e facilitem o acesso à saúde, tornando a mesma num elemento disponível para todas as pessoas (Sousa, 2020).

Admitindo que a situação do doente pode representar o surgimento de uma crise no seu contexto familiar, laboral, económico e individual, o profissional de Serviço Social é o que melhor conhece o utente no seu todo, desde as suas potencialidades às suas debilidades e o único capaz de intervir para a mudança da realidade do mesmo (Sofia, 2020).

Ainda, os profissionais de Serviço Social, prestam apoio no respeitante ao acesso à informação, de forma a promover o aumento da literacia em saúde, capacitando os indivíduos a utilizar a mesma para melhorar as suas condições de vida, explicando como usufruir dos recursos disponíveis no sistema de saúde; aconselhando ao planeamento familiar e vacinação como estratégia de prevenção individual e coletiva, realizando, de igual modo, atividades lúdicas educativas que promovam hábitos de vida saudáveis, adaptadas à população a que se dirigem (Santo, 2019).

A este respeito e tendo por referência a intervenção do Serviço Social em contexto hospitalar, Alexandre (2018) realça, que a mesma deverá ser feita em harmonia com todos os demais profissionais de saúde, sublinhando a necessidade de haver igualdade relativamente à dignidade e autonomia na execução das tarefas, sendo o Serviço Social um componente e não um complemento da equipa terapêutica, construindo, assim um processo coletivo do tratamento, benéfico para o utente.

### **3.2.2-Intervenção do Serviço Social no Centro de Respostas Integradas de Coimbra**

Tendo em consideração que a toxicodependência resulta, do “encontro de um produto, com uma personalidade e um momento sociocultural” (Olieventein et al, 1989, como citado em Felizardo, 2005, p. 26), ou seja, da interação entre fatores psicológicos, ambientais e socioculturais, é indiscutível a necessidade de intervenção por parte do Serviço Social na problemática da toxicodependência, pois qualquer programa que consista no tratamento da toxicodependência, inclusive o programa de Substituição com Metadona, não pode ignorar os défices sociais e individuais dos utentes, caso contrário o programa “vai fazer pouca coisa pelo indivíduo no sentido de o tornar um membro produtivo numa sociedade livre” (Rodrigues, 2006, p. 60). Desta forma, a intervenção do

Serviço Social no CRI de Coimbra assume responsabilidades na área da reinserção, da redução de riscos e minimização de danos, na prevenção e na investigação.

O trabalho do assistente social é efetivado através da realização de diagnósticos, programação, execução e avaliação, sendo que operam em três níveis de intervenção, dos quais: **intervenção individual**, com a realização de atendimento individualizado, tanto para o utente quanto para a família, que têm como principal objetivo clarificar a problemática, envolver o utente e a família, valorizar e reforçar as capacidades intrínsecas do utente e articular com os diversos recursos disponibilizados; **intervenção institucional**, onde ocorre uma articulação com os diversos técnicos do CRI de Coimbra, convocando uma intervenção multidisciplinar e **intervenção comunitária**, através da articulação com os vários parceiros externos à instituição, tomando como exemplo, os centros de acolhimento, organizações não-governamentais, instituições privadas de solidariedade social, estruturas de saúde, estruturas judiciais, o Instituto de Emprego e Formação Profissional, entre outros. Neste sentido, cabe ao Serviço Social no CRI de Coimbra, procurar criar pontes entre as diversas entidades/instituições parceiras e o utente, de modo a garantir a resposta ao mesmo (ARSC, 2014).

Assim, cabe ao assistente social, garantir o exercício dos direitos humanos e da justiça social, minimizando e desafiando as desigualdades e discriminações sobre todas as formas, de modo a capacitar os indivíduos a serem abrangidos pelo direito à saúde.

Com base no conhecimento oriundo das ciências sociais, a família é considerada um dos grandes agentes socializadores (Gomes, 1992), porém, dada a disfunção familiar presente em grande parte dos dependentes de substâncias ilícitas, os mesmos, por consequência apresentam dificuldades na construção de interações e ligações sociais, assim é extremamente importante que “o tratamento das pessoas dependentes de substâncias psicoativas [lhes proporcione] relações sociais de qualidade e ajude na criação de meios pessoais e humanos para conseguirem, para eles próprios, interações sociais satisfatórias” (Macedo & Silva, 2015, p. 81). Tendo por base esta questão, o Serviço Social no CRI de Coimbra procura, através de uma **intervenção individualizada**, desenvolver um trabalho de capacitação envolvendo a família e amigos do utente, tentando procurar resolver as sequelas e disfunções prévias aos consumos do utente ou as problemáticas que resultaram dos consumos do utente. Contudo, o trabalho com a família e amigos revela-se extremamente complexo, pois estes procuram o alívio imediato do sofrimento e criam falsas expectativas, porém à medida que o tratamento decorre deparam-

se com a realidade do processo e revelam resistência à mudança. Desta forma, é importante que a família e amigos sejam preparados e alertados acerca do processo, num todo, desde o início e que mantenham um acompanhamento para conseguir superar todas as disfunções que apareçam (Sousa, 1996).

De forma a seguir uma **intervenção institucional** a equipa de tratamento do CRI de Coimbra trabalha através de um programa informático denominado por SIM (Sistema de informação multidisciplinar)<sup>8</sup>, que agrega elementos (e.g., caracterização, clínicos) dos utentes. Neste sentido, o Assistente Social realiza um relatório social, no final de cada atendimento que se caracteriza como uma ferramenta/instrumento de apoio para a intervenção social, pois privilegia um diagnóstico social e um plano de inserção social, de seguida, é inserido no sistema ficando disponível para posterior análise do técnico do CRI de Coimbra. Ainda, numa ótica de trabalho multidisciplinar, são realizadas Reuniões de Equipa (Equipa A, Equipa B e Equipa C), semanalmente, onde se discutem os casos clínicos tidos como os mais complexos, para que seja possível o cruzamento de conhecimentos e uma resposta mais adequada e adaptada à situação do utente. Neste âmbito, são também apresentadas as admissões (utentes novos) e as readmissões (utentes que voltaram) e distribuídos pelos técnicos.

São realizadas no CRI de Coimbra<sup>9</sup>, Reuniões de Serviço duas vezes por mês, que têm como principal objetivo juntar todas as equipas do CRI de Coimbra e onde são apresentados casos clínicos escolhidos pelas equipas. De igual modo, são convidados profissionais das diferentes áreas de intervenção (psicologia, serviço social, medicina, psiquiatria), das diferentes entidades parceiras do CRI de Coimbra, para apresentarem assuntos acerca da toxicoddependência, de modo a manter os técnicos do CRI sempre atualizados e são levantados problemas acerca do trabalho realizado na instituição, como forma de melhorar o serviço prestado aos utentes.

A importância da intervenção do assistente social na área da saúde, mais concretamente na área da toxicoddependência, nomeadamente no CRI de Coimbra, vai ao encontro da perspetiva de Vasconcelos (2000) o qual afirma que, se for administrada a dose ideal de agonista opiáceo (tomando como exemplo a metadona), cerca de 50% dos utentes inseridos em programa poderá abandonar os consumos de drogas ilícitas. Mas, se à administração da dose ideal for feita uma aposta na formação profissional e um

---

<sup>8</sup> Referência à data do estágio no âmbito do Mestrado

<sup>9</sup> Referência à data do estágio no âmbito do Mestrado

programa de acompanhamento psicossocial, através de terapias individuais e de grupo, a percentagem de utentes que deixam de consumir drogas ilícitas poderá aumentar para 80%. Desta forma, é extremamente importante um acompanhamento psicossocial, que respeite o utente no seu todo e a ética profissional por detrás do exercício das funções do Serviço Social.

Ainda, uma das maiores limitações à prática dos assistentes sociais na área da toxicodependência, nomeadamente no CRI de Coimbra, prende-se com a falta de orçamento disponibilizado para esta área da saúde, já que são elevadas as despesas inerentes a este setor (Vasconcelos, 2000).

#### **4- Atividades Desenvolvidas no Âmbito do Estágio**

##### **4.1 - Atividades de Intervenção Direta e Atividades de Intervenção Indireta**

O estágio desenvolvido no CRI de Coimbra permitiu a realização de atividades diversificadas, que agrupámos, por uma questão analítico-operativa, essencialmente em dois níveis: as atividades de intervenção direta e as atividades de intervenção indireta.

**As atividades de intervenção direta** correspondem às funções executadas, que vão ao encontro do exercício profissional do Assistente Social. Desta forma,

As intervenções diretas são aquelas que se dirigem ao usuário numa relação frente a frente. Este, então, está presente e é autor, tanto como o trabalhador social. Pouco importa que seja uma pessoa, uma família ou um grupo: está ali, numa relação direta com o trabalhador social (Robertis, 2006, p.205).

Ainda, segundo Robertis (2006), a intervenção direta, devido à sua dimensão e diversidade, divide-se em seis grandes tipos de intervenção, dos quais “1) Clarificar-apoiar. 2) Informar-educar. 3) Influir-persuadir. 4) Controlar-exercer uma autoridade. 5) Colocar em relação-criar novas oportunidades. 6) Estruturar uma relação de trabalho com o usuário” (p.206). Pelo que as atividades de intervenção direta realizadas ao longo do estágio, enquadram-se no último tipo de intervenção que corresponde à estruturação de uma relação de trabalho com o utente, através da realização de atendimentos aos utentes

e familiares, visto que, esta dimensão tem como principal objetivo “procurar-se os mecanismos necessários para alcançar a mudança que é proposta com êxito [...] para que se possa estabelecer uma relação com o usuário e para que se possa elaborar, prosseguir e, se possível, alcançar os objetivos de mudança” (Robertis, 2006, p.244). Ainda, é de salientar que, a estruturação de uma relação de trabalho com o utente implica a execução de três formas de intervenção, que se traduzem na “estruturação no tempo, utilização do espaço e foco em objetivos precisos.” (Robertis, 2006, p.244). Deste modo, a criação de “estruturas de trabalho no tempo consiste em estabelecer com o usuário o ritmo dos encontros, a duração e a duração total da ação empreendida” (Robertis, 2006, p.244), sendo que ao longo do estágio a marcação e a duração das consultas eram acordadas entre o assistente social e os utentes. Relativamente à eleição do espaço físico, onde se concretizavam os atendimentos, o mesmo era fixo, tendo lugar no CRI de Coimbra. No que concerne ao “foco em objetivos precisos” (Robertis, 2006, p.244), durante os atendimentos era realizado um levantamento da situação social do utente, por parte do assistente social, e em conformidade com o utente, eram traçados objetivos, dos quais, posteriormente eram discutidos meios para alcançar os mesmos.

O atendimento social corresponde a “um serviço personalizado, disponibilizado às pessoas e às famílias em situação de vulnerabilidade social ou de carência (pobreza) para as apoiar na resolução dos seus problemas” (ISS, I.P., 2022, p.4). Importa salientar que os casos clínicos atendidos de forma ativa e participativa diziam respeito às admissões (utentes novos), já os atendimentos aos utentes e familiares que já usufruíam de um acompanhamento especializado por parte do Assistente Social do CRI de Coimbra, baseavam-se na observação e na participação não ativa, tendo em consideração que a participação dependia da decisão dos utentes, pois era tomada em consideração a relação terapêutica já existente entre o utente e o técnico do CRI de Coimbra.

A relação terapêutica é de extrema relevância para o sucesso do tratamento do utente, na medida em que é construído um espaço de confiança entre o profissional e o utente que não pode ser violado.

Ainda, no computo das atividades de intervenção direta o estágio permitiu a organização e efetivação de um Atelier de Natal, que consistiu na construção de um espaço para auxílio ao desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o técnico e o utente, fora do contexto de atendimento, através da arte. O tema em questão foi o Natal e dispunha de música ambiente. O espaço físico onde se desenvolveu esta atividade teve

lugar na sala de reuniões do CRI, disponibilizado por autorização da diretora do CRI de Coimbra.

**As atividades de intervenção indireta** correspondem ao trabalho realizado pelo assistente social “fora da relação pessoal com o usuário” (Robertis, 2006, p.251). Neste contexto, após cada atendimento eram realizados relatórios clínicos sociais, que correspondem ao diagnóstico social do utente e que se traduzem em documentos/instrumentos que permitem realizar um levantamento acerca das informações respeitantes à situação económica, social, profissional e familiar dos utentes, bem como uma avaliação do seu comportamento ao longo da sessão. Os mesmos são inseridos posteriormente no sistema informático (SIM) acessíveis a todos os técnicos.

Tendo em consideração que as atividades de intervenção indireta correspondem, de igual forma, à planificação e organização da intervenção do assistente social (Robertis, 2006), eram efetivadas, todas as terças-feiras, Reuniões da Equipa B do CRI de Coimbra, onde, como já foi referido anteriormente, eram discutidos os casos mais conflituosos, como forma de encontrar a resposta mais adequada para a situação do utente em particular e onde eram apresentados e atribuídos novos utentes aos técnicos, enaltecendo um modelo de intervenção multidisciplinar. Baseava-se, portanto, numa participação não ativa. No mesmo sentido, eram realizadas Reuniões de Serviço, onde todas as equipas do CRI (Equipa A, Equipa B e Equipa C) se reuniam na sala de reuniões de quinze em quinze dias.

Dentro das atividades de intervenção indireta, caracterizam-se, ainda, as visitas efetuadas a uma Comunidade Terapêutica<sup>10</sup>, à Comissão de Dissuasão da Toxicod dependência<sup>11</sup> e à Unidade de Desabituação de Coimbra<sup>12</sup>, com o objetivo de entender as funções, objetivos e público-alvo de cada instituição, sendo que, o

---

<sup>10</sup> Destina-se a pacientes dependentes de substâncias psicoativas ilícitas, que em determinada fase do seu processo necessitam de um internamento a longo prazo.

<sup>11</sup> A Comissão de Dissuasão da Toxicod dependência (CDT) de Coimbra é constituída por equipas especializadas na intervenção em comportamentos aditivos e dependências e têm poderes jurídicos de decisão num processo de contraordenação. Têm como principal missão a aplicação da Lei de Descriminalização n.º 30/2000, de 29 de novembro, que tem em vista, a dissuasão do consumo, a promoção da saúde pública e a responsabilização do consumo por parte do consumidor.

<sup>12</sup> A Unidade de Desabituação de Coimbra conta com o apoio especializado de uma equipa multidisciplinar. São realizados tratamentos de desabituação de substâncias psicoativas, sob a responsabilidade médica, em regime de internamento. O objetivo passa por estabilizar o utente, que deverá manter o acompanhamento psicossocial após receber alta do internamento.

entendimento destas questões, possibilitaram um melhor entendimento dos serviços disponibilizados e possibilitaram o encaminhamento adequado dos utentes.

### **PARTE III: PERCEÇÕES ACERCA DO TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO COM METADONA – ESTUDO EMPÍRICO**

#### **5 – Procedimentos Metodológicos**

##### **5.1 - Definição do Problema de Pesquisa e Formulação dos Objetivos do Estudo**

Formular questões com intenção de decifrar o desconhecido é uma atividade, especificamente, humana. A verdade é que o ser humano manifestou, desde sempre, o gosto pela investigação, através da necessidade de conhecer as condições que contribuíam para o acontecimento de determinado fenómeno, as leis que o regulavam e as leis que se escondiam por detrás do mesmo. Para Coutinho (2014), a ciência e a investigação científica são o resultado dessa procura constante por conhecimento, tendo sido o fator crucial para dar resposta a diversos problemas.

Segundo Coutinho (2014), ao colocar em prática a investigação científica, são levantadas duas grandes questões: qual é o meu problema? e que devo fazer?; estas duas questões, aparentemente simples, são a síntese no que deverá se sustentar o processo de investigação em qualquer área científica. Ainda, se investigar é, na verdade, procurar, são levantadas, automaticamente, outras questões, das quais: procurar o quê?; com que objetivos?; procurar como? e procurar para quê?. Estas questões, por sua vez, sublinham e justificam o propósito e a relevância da investigação. Assim, investigar realça a intenção de quem investiga, efetivando essa intenção com o auxílio de metodologias, métodos e técnicas que levem a cabo a continuidade do processo de investigação que inicia com uma interrogação e termina com a apresentação pública dos resultados obtidos através da investigação (Coutinho, 2014; Oliveira & Ferreira, 2014). Em suma, a investigação é um processo cognitivo, sistemático, flexível e objetivo. Tem como principal função compreender e esclarecer os fenómenos sociais, através da problematização das questões que nascem na prática, abrindo um espaço de debate onde se edifiquem ideias inovadoras capazes de fazer face aos problemas levantados.

Assim, uma investigação envolve, sempre, um problema de pesquisa. Neste sentido, o problema é o ponto de partida de uma investigação científica, consiste em algo que os investigadores se propõem a resolver e define claramente o que será investigado

(Oliveira & Ferreira, 2014). Para Coutinho (2014), determinar um problema de pesquisa é fundamental, pois permite organizar o projeto de forma coerente, delimita o estudo e centra a investigação numa área concreta, molda e guia a revisão da literatura em função da questão central e define os dados necessários para obter a resposta.

Neste sentido, respetivamente à formulação da questão de partida, esta foi realizada nos seguintes termos: Quais as perceções, que os utentes e a equipa técnica do Centro de Respostas Integradas de Coimbra, têm acerca do Tratamento de Substituição com Metadona? A opção por esta questão de partida resultou do reconhecimento de que a toxicodependência é um problema que afeta milhares de pessoas em Portugal. Apesar dos resultados dos vários estudos epidemiológicos nacionais realizados revelarem, como refere o SICAD (2020), que o consumo de heroína tem vindo a perder relevância quando comparada ao consumo de outras drogas (como o canábis ou a cocaína), continua a ser relevante no quadro dos consumos problemáticos. De salientar que em 2020 Portugal contava com 23 569 utentes com problemas relacionados com o uso de drogas, dos quais 36% seriam devido a consumos endovenosos ao longo da vida (SICAD, 2020).

Sendo o tratamento de substituição com metadona uma resposta das políticas de combate à droga e à toxicodependência, mostrou-se oportuno auscultar as perceções dos utentes e da equipa técnica acerca deste tratamento, por forma também a contribuir para acrescer conhecimento a este nível.

Uma vez definido o problema de pesquisa, importa identificar um conjunto de objetivos, pois segundo Marconi e Lakatos (2003) “toda pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar.” (p.156).

Ademais, os objetivos tornam o problema de pesquisa explícito, e possibilitam o aumento dos conhecimentos em relação a determinado assunto (Marconi & Lakatos, 2003).

No respeitante à classificação dos objetivos, os de cariz geral são definidos a partir da pergunta, para quê?, numa tentativa de incorporar de um modo global qual será a finalidade da pesquisa (Rudio, 1995, como citado em Larocca et al., 2005), já os objetivos específicos caracterizam-se pelo caráter mais concreto, pois desempenham uma função intermediária, usados, portanto, para atingir os objetivos gerais (Marconi & Lakatos, 2003).

Nesta perspetiva, o objetivo geral da investigação visou: compreender as perceções existentes acerca da Metadona, como tratamento de substituição utilizado em

utentes do CRI de Coimbra, na ótica dos utentes e da equipa técnica, sendo que num contexto mais específico procurou-se: caracterizar os participantes do estudo; perceber elementos relativos ao percurso de vida e rede social dos utentes; compreender a relação dos utentes com as SPA; compreender a dinâmica subjacente ao Tratamento de Substituição com Metadona e as percepções acerca do recurso a esta opção; compreender aspetos de vantagens (melhorias/benefícios) e constrangimentos decorrentes do tratamento de substituição com Metadona, face à problemática dos comportamentos aditivos e toxicodependências (i.e., em relação aos indivíduos e à intervenção/finalidade do programa) e compreender o papel do Serviço Social no âmbito do processo de tratamento de substituição com metadona.

## **5.2 - Delimitação Espacial e Temporal**

Em termos espaciais, a presente investigação teve lugar no Centro de Respostas Integradas de Coimbra, sendo de igual forma, o local onde foi realizado o estágio, decorrido entre setembro de 2019 e março de 2020. A recolha de dados ocorreu durante o mês de março de 2020.

## **5.3 - População e Amostra**

Tendo por base Coutinho (2014), a população do estudo pode definir-se como o “conjunto de pessoas ou elementos a quem se pretende generalizar os resultados e que partilham uma característica comum” (p.89), deste modo, a população do estudo diz respeito a todos os utentes e elementos da equipa técnica do CRI de Coimbra.

Por seu lado, a amostra abrange os sujeitos, do conjunto da população, sobre os quais se procede à auscultação. Assim, em termos de amostra do estudo, realizada por conveniência, a mesma reuniu, quanto aos utentes, um total de 9 indivíduos de acordo com os seguintes critérios de inclusão: a) estar inserido no programa de substituição com metadona; b) ser utente no Centro de Respostas Integradas de Coimbra; c) aceitar a participação no estudo. Quanto aos técnicos a amostra abrangeu 3 elementos da equipa técnica: um assistente social, uma médica (responsável pela coordenação da equipa B) e um enfermeiro (responsável pela equipa de enfermagem). Em termos de critérios de seleção, foi definido que a participação no estudo carecia de que os referidos profissionais

estivessem a exercer funções no CRI de Coimbra e evidenciassem proximidade em termos de intervenção com o programa de substituição com metadona e que, aceitassem participar no estudo. Desta forma, no seu conjunto, o estudo envolveu 12 participantes.

#### **5.4 - Metodologia, Técnica e Procedimentos de Recolha de Dados**

Os termos, técnicas, método e metodologia surgem na literatura, como forma de definir os vários meios disponíveis para auxiliar o investigador na procura e construção de conhecimento e determinam aspetos distintos na investigação científica (Coutinho 2014). As técnicas, termo utilizado na praxis científica, constituem o meio mais próximo da prática, o método é o conjunto de técnicas gerais, comuns a um número significativo de ciências e a metodologia é o meio que analisa e descreve os métodos, sendo o mais distante da prática, pois pretende realizar considerações teóricas, produzindo conhecimento científico (Coutinho, 2014).

Ainda, Coutinho, (2014) considera que acima da metodologia encontra-se o paradigma. Este é caracterizado por ser um sistema de valores, crenças e princípios aceites por todos os elementos de uma comunidade científica. É responsável por orientar a metodologia, pois fundamenta as suas conceções a partir de uma determinada epistemologia.

Pode considerar-se que existem três grandes paradigmas na investigação em ciências sociais e humanas, dos quais: paradigma interpretativo ou qualitativo, paradigma positivista ou quantitativo e paradigma sociocrítico ou emancipatório (Coutinho, 2014), enquadrando-se a investigação desenvolvida no âmbito do paradigma interpretativo ou qualitativo, na medida em que esta abordagem possibilita ao investigador penetrar no mundo pessoal dos sujeitos, de modo a entender como é que os mesmos interpretam certas situações, olhando para as situações vividas pelos sujeitos como sendo complexas e tentando entender através deles essa complexidade (Coutinho, 2014; Aires, 2015). Neste sentido, o estudo procurou entender as perceções acerca do tratamento de substituição com metadona, dos sujeitos envolvidos diretamente (como utentes ou profissionais) no tratamento, através das experiências e da visão dos mesmos, visto que “a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares (...) ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” (Minayo et al., 2002, pp. 21-22).

De salientar que no quadro do paradigma interpretativo e atendendo ao teor da sua abordagem, os resultados são dificilmente generalizáveis, pelo que os resultados obtidos nesta investigação ilustram apenas a realidade dos participantes deste estudo, não havendo intenções de generalizar a toda a população acompanhada pelos CRI's, nem aos profissionais que trabalham nestas instituições.

A técnica de recolha de dados utilizada no estudo, foi a entrevista semiestruturada, constituída por perguntas abertas. Foi dada preferência a esta técnica, atendendo a que os estudos qualitativos têm como preocupação uma reflexão de “princípios epistemológicos e do âmago central, que é a busca dos significados atribuídos à experiência humana” (Moré, 2015, p.127), e entende-se que estes “significados (...) vêm à tona por intermédio da proposta de entrevista qualitativa em profundidade e/ou semiestruturada” (Moré, 2015, p. 127). Para além disso, entende-se que o diálogo que ocorre neste tipo de entrevista corrobora um “espaço relacional privilegiado” (Moré, 2015, p. 127), onde o entrevistado é o protagonista e poderá expressar livremente as suas emoções, vivências e opiniões.

Neste âmbito, o estudo empírico beneficiou de dois guiões de entrevista, um aplicado aos utentes inseridos em programa de substituição com metadona (Apêndice 1) e o outro, aplicado a elementos da equipa técnica do CRI de Coimbra (Apêndice 2).

O guião de entrevista aplicado aos utentes inseridos em programa de substituição com metadona (Apêndice 1), foi estruturado para elencar a caracterização sociodemográfica e de natureza clínica dos utentes (idade; género; estado civil; concelho de residência; composição do agregado familiar; habilitações literárias; profissão/Ocupação; principal fonte de rendimento; diagnóstico clínico; tempo de permanência em Programa de Substituição com Metadona e período de abstinência). A par, agregou quatro temáticas de abordagem, sendo que a primeira focalizou os elementos referentes ao percurso de vida e rede social dos utentes, a segunda pretendeu caracterizar a relação dos utentes com a substância psicoativa, a terceira, procurou entender aspetos relacionados com a acessibilidade e dinâmica do Programa de Substituição com Metadona e a quarta visou identificar quais seriam as Vantagens e Constrangimentos para o utente, em relação ao Programa de substituição com Metadona.

No que concerne ao guião dirigido à equipa técnica do CRI de Coimbra (Apêndice 2), o mesmo enquadró elementos de caracterização da equipa técnica (questões relacionadas com idade, género, habilitações literárias) e considerou duas temáticas. A primeira, pretendeu abarcar aspetos relativos à acessibilidade e dinâmica do programa de

substituição com metadona e a segunda pretendeu aferir as vantagens e constrangimentos do tratamento de substituição com metadona, na ótica do profissional.

Em termos de procedimentos associados à recolha de dados, importa referir que as entrevistas aos utentes foram realizadas no CRI de Coimbra (e.g., sala de reuniões) e as entrevistas realizadas à equipa técnica ocorreram, de igual forma, em contexto de estágio, no gabinete dos respetivos profissionais. Todos os espaços se revelaram adequados para a auscultação dos participantes, tendo reunido condições para preservar a privacidade e reserva das informações transmitidas. Acrescente-se que todas as entrevistas foram realizadas individualmente, tendo as mesmas sido gravadas em áudio e transcritas posteriormente.

Com o intuito de respeitar as questões de ética, os interlocutores foram informados sobre o objetivo do estudo e finalidade da entrevista, tendo, igualmente, sido esclarecidos sobre o seu conteúdo e sobre a questão do anonimato e confidencialidade dos dados fornecidos. Assim, as entrevistas foram realizadas após leitura e assinatura do documento intitulado por “Consentimento Informado Esclarecido e Livre” (Apêndice 3).

## **5.5 - Metodologia de Análise de Dados**

A investigação beneficiou da análise de conteúdo como o método escolhido para o tratamento de dados recolhidos por intermédio das entrevistas, dado ser uma técnica privilegiada no tratamento de dados qualitativos (Bardin, 2016).

Para a realização da análise de conteúdo, foram privilegiadas e adotadas a sequência de etapas sistematizadas por Vala (1990). Primeiramente, foi efetivada a delimitação do quadro de referência teórico, cuidadosamente selecionado para que correspondesse aos objetivos do estudo, tendo nesta continuidade, sido elaborado o modelo de análise da investigação (Apêndice 4). Para Oliveira e Ferreira (2014) o modelo de análise de dados, poderá apresentar uma solução para o problema de pesquisa. Representa-se, normalmente, em forma de figura sendo resultado da revisão da literatura. De seguida, foi dedicado espaço à constituição do *corpus* e recolha e exploração do material tendo por base os critérios metodológicos e teóricos. A categorização, etapa crucial para a apreensão dos significados dos temas que se querem compreender, foi operacionalizada tendo por base a definição do quadro teórico, a problemática elencada (e inerente modelo de análise), e o trabalho exploratório sobre o *corpus*. As categorias

analíticas foram formuladas *a priori* (Vala, 1990, pp.110-113), associadas às temáticas das entrevistas, tendo a análise do conteúdo destas permitido orientar também o afinamento em termos da classificação da respetiva informação (subcategorias, definição dos indicadores, unidades de registo e unidades de contexto).

De notar que os relatos dos participantes foram assinalados tendo por base a seguinte codificação: Utente 1 a Utente 9 (U1; U2; U3; U4; U5; U6; U7; U8; U9); Assistente Social (P10); Médico (P11) e Enfermeiro (P12).

## **6 – Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados**

### **6.1 - Elementos Relativos aos Participantes – Utentes**

#### **6.1.1 - Caraterização dos Utentes**

Para a caraterização sociodemográfica dos utentes do CRI de Coimbra, foram considerados aspetos relacionados com a idade, género, estado civil, habilitações literárias, concelho de residência, composição do agregado familiar, profissão atual, principal fonte de rendimento, diagnóstico clínico, tempo de permanência em programa de substituição com metadona e período de abstinência face à heroína.

Os nove utentes auscultados possuem idades compreendidas entre os 36 anos e os 61 anos, sendo que apenas um utente (U6) é do género feminino e os restantes do género masculino. Apenas um utente (U6) não residia no concelho de Coimbra, todos os restantes residiam em Coimbra. Em relação ao estado civil, um utente (U1) era separado, dois utentes (U2, U4) eram solteiros, mas referiram estar numa relação amorosa, quatro utentes (U3, U5, U7, U9) eram solteiros, um utente (U6) era viúvo e um utente (U8) era casado. Sobre a composição do agregado familiar, cinco utentes (U1, U3, U4, U7, U9) referiram que se encontravam sozinhos, os restantes informaram que viviam com familiares (U2, U5, U6, U8). As habilitações literárias (referentes ao ciclo de escolaridade completo) oscilaram entre o 2º ano e o 12º ano, sendo que o um utente (U4) tinha o 2º ano, dois utentes (U3, U8) referiram ter o 6º ano, três utentes (U1, U7, U9) tinham o 9º ano e três utentes (U2, U5, U6) tinham o 12º ano.

Sobre a profissão exercida no momento da entrevista, sete utentes (U1, U2, U3, U4, U7, U8, U9) encontravam-se em situação de desemprego, sendo que um deles estava a realizar um curso de formação (U7), os restantes dois utentes estavam a trabalhar, tendo em consideração que um deles trabalhava por conta de outrem (U5) o outro por conta

própria (U6). Em relação à situação económica, dois utentes (U5, U6) referiram o exercício de uma profissão como sendo a principal fonte de rendimento, um utente (U7) referiu a formação como principal fonte de rendimento, um utente (U2) referiu o fundo de desemprego, três utentes (U3, U4, U9) beneficiavam do Rendimento Social de Inserção, um dos utentes (U1) referiu que não tinha qualquer rendimento e um dos utentes (U8) referiu que o ordenado da esposa e a pensão que usufruía eram as principais fontes de rendimento.

Em relação às doenças contraídas devido ao consumo de substâncias apenas três utentes (U5, U6, U9) referiram não ter contraído nenhuma doença, cinco utentes (U1, U2, U3, U4, U7) relataram a Hepatite C, dos quais um utente contraiu de igual forma HIV/SIDA (U7) e apenas um utente (U8) referiu ter contraído Hepatite A.

Foi importante perceber o tempo de permanência em Programa de Substituição com Metadona, que variava entre quase um ano até mais de 20 anos. Assim, um utente (U3) referiu estar quase a completar um ano de tratamento, um utente (U4) referiu já ter mais de um ano de tratamento, dois utentes (U5, U9) tinham três anos de tratamento, um utente (U6) tinha seis anos de tratamento, um utente (U2) relatou ter mais de 10 anos de tratamento, um utente (U2) referiu ter 16 anos de tratamento, outro utente (U7) disse ter completado 18 anos de tratamento e outro utente (U8) relatou já ter mais de 20 anos de tratamento. O tempo de abstinência face à heroína, coincidiu, na sua maioria, com a entrada em programa de substituição com metadona, situação que ocorreu com seis utentes (U1, U3, U4, U5, U8, U9), dois utentes (U2, U6) referiram que deixaram os consumos de heroína antes de entrar no programa, sendo que apenas um utente (U7) relatou ter consumido heroína enquanto se encontrava inserido em programa de substituição com metadona.

Através dos dados recolhidos foi possível verificar que os participantes inseridos em programa de substituição com metadona são pessoas, na sua maioria, com idades avançadas (i.e., entre os 36 e os 61 anos), que descrevem e denunciam uma vida de constantes tentativas de controlo sobre as suas adições. São, maioritariamente, solitários, sem qualquer vínculo familiar. Os níveis de escolaridade são relativamente baixos, são indivíduos que não dispõem de uma situação económica privilegiada (à exceção do U6) e encontram-se dependentes, na sua maioria, de subsídios e/ou apoios, revelando um certo grau de dificuldade relativamente à reinserção no mercado de trabalho. Além do mais, a amostra caracteriza indivíduos em diferentes fases do tratamento de substituição com

metadona, podendo verificar que quanto mais tempo se encontram em programa mais estáveis se apresentam, pois é notório que os utentes com mais de três anos de tratamento são os mesmos que se encontram a trabalhar, a criar ligações interpessoais e com os consumos de heroína estabilizados.

### 6.1.2 - Categoria Analítica: - Percurso de Vida e Rede Social do Utente

Numa primeira fase, revelou-se importante para a investigação realizar a análise de elementos referentes ao percurso de vida e rede social dos utentes. Neste a categoria: «Percurso de vida e rede social do utente», surge como forma de identificar, não só diversos acontecimentos marcantes que fizeram parte do desenvolvimento pessoal e social do utente, como também, a natureza das relações familiares e interpessoais dos utentes, sendo que através dessa categoria surgiram duas subcategorias.

Da primeira subcategoria «Percurso de Vida» surgem dois indicadores abrangentes, sendo estes, Episódios relevantes de natureza negativa e Episódios relevantes de natureza positiva. Ao criar os indicadores procurou-se ajustar a divisão entre os acontecimentos relatados pelos utentes, dividindo os mesmos consoante o tipo de impacto que teve no utente, neste caso, negativo ou positivo, numa tentativa de conhecer e entender o percurso de vida do utente, analisando e comparando a quantidade de aspetos negativos e positivos relatados.

Assim, em relação aos Episódios relevantes de natureza negativa, cinco utentes referiram as «perdas», mais concretamente o falecimento de familiares e a perda das relações interpessoais, como acontecimentos impactantes de natureza negativa, a título de exemplo: “*Portanto, talvez a morte do meu pai. (...) Eu costumo dizer que eu matei o meu pai (...)*” (U1), “*Olhe, a perda dos meus pais (...) eu fiquei com uma demência à pala da morte do meu pai e da minha mãe logo passado um mês (...)*” (U3), “*Olhe perder a minha namorada, quando tinha para aí 17 anos (...) Mais recentemente impactante foi o falecimento da minha mãe, pronto. (...) e ela também era o meu grande farol*” (U9). Os «conflitos» que ocorreram entre os utentes e os familiares ou conhecidos, são referidos por três utentes como aspetos negativos e impactantes, tal como demonstram as seguintes expressões: “*Outra, é ter um irmão aí dez anos mais novo (...) também é um desgosto para mim que ele seja o meu pior inimigo. (...) Outra coisa foi a minha mãe dizer (...) dizer que não gostava de mim. (...) mesmo para me doer (...)*” (U1), “*(...) conflitos*

familiares a minha família não me aceitar por causa do meu passado, por eu ter sido toxicodependente (...)” (U3). Os relatos de «abandono» por parte de dois utentes foram igualmente referidos como episódios impactantes com carga negativa: “O meu pai é que foi pai deles, eu só conheci o meu pai com sete anos, quando eu precisava do meu pai, o meu pai estava a alimentá-los a eles (...) está a ver a minha injustiça?” (U3), “Sabes, eu fui abandonado desde criança quando era assim nascido. Na altura foram pôr-me à casa de uma senhora que era ama (...)” (U4).

A «separação», nomeadamente dos pais foi, também, um fator referenciado por dois utentes “(...) a separação dos meus pais, isso foi o mais impactante podemos começar por aí, 12/13 anos, pronto depois tive essa (...) os meus pais separaram-se, pronto, na altura eu era miúdo, pronto (...)” (U9), “a minha mãe separou-se do meu pai quando eu tinha 17 meses, era bebé, o meu pai bebia muito, era alcoólico e a minha mãe teve de se separar dele (...)” (U3). Ainda, a passagem pela «prisão» foi referida por um utente como um dos momentos mais marcantes do mesmo: “Fui cumprir a pena de outra pessoa, mas também lá estava, mas para mim dava-me suspense, (...) já estive “preso” duas vezes (...)” (U5). A «dependência» apresenta-se como a última unidade de registo dentro dos episódios negativos, reflete, portanto, a entrada numa vida de consumos, tendo sido referido por dois utentes: “(...) quando eu experimentei a primeira vez. Infelizmente, eu caí nesta malha não foi por querer, mas também não fui obrigado. Foi inocência, porque na altura não havia informação (...)” (U7), “Acordei no hospital com o médico a agarrar-me a mão a dizer que eu estava a ter uma overdose, eu pensei que estava morto, ok?! Pronto, porque eu quando comecei nestas coisas, naquele tempo não se falava em nada, e eu tinha quinze anos (...)” (U8).

Em relação aos Episódios relevantes de natureza positiva, foi enunciada, por um utente, a «Independência» a nível financeiro: “Foi conseguir... desenrascar-me sozinho quando estava cá em Coimbra (...) através de restaurantes, trabalhar tipo... trabalhava de manhã num, trabalhava a noite noutra, que era para poder ter almoço e jantar (...)” (U5). Adicionalmente um utente relatou o «mérito», fruto do esforço do próprio “Quando saí da cadeia ao meio da pena, por esforço próprio (...)” (U5). Para um dos utentes (o único utente entrevistado que estava casado), o seu «casamento» foi um episódio relevante positivo “(...) sou casado (...) a minha mulher é uma coisa que me marcou, também, mas mesmo, mesmo, mesmo!” (U8). O aparecimento de «Novos membros na família», foi referido por três utentes: “A minha mulher engravidou com 24 anos,

*casamos com 24 anos, ela e teve o primeiro filho com 24 anos, isso é um episódio marcante, na minha vida!” (U8), “Também nasceu o meu sobrinho (...) também é um momento impactante.” (U9), “(...) o nascimento do meu filho (...) um dia (...) dei-me com um bebé de 3 meses na mão, sem mãe (...), com uma carrada de vícios na cabeça e decidi que tinha que parar com tudo para poder dar àquele bebé aquilo, (...) que não me tinham dado (...)” (U2).*

Importa salientar que os episódios relatados não correspondem a uma fase da vida dos utentes em particular, isto é, não são, necessariamente, episódios que ocorreram antes dos consumos, ou depois dos consumos, mas que aconteceram ao longo de toda a vida do utente, pois o objetivo neste ponto passou por conhecer melhor o utente e a sua história de vida e não correlacionar os acontecimentos com o motivo para iniciar os consumos ou com as consequências do uso de substâncias.

Tendo como base o levantamento de dados realizado, foi possível analisar que os relatos mencionados pelos utentes foram, na sua maioria, episódios de natureza negativa, visto que das nove respostas obtidas, oito utentes fizeram referência a pelo menos um episódio negativo, e apenas quatro utentes foram capazes de identificar episódios positivos, à exceção de um utente (U6) que não mencionou nenhum episódio em particular.

As «perdas» foram identificadas, como tendo sido o acontecimento mais marcante ao longo da vida de cinco utentes. Segundo Fernandes (2007), as «perdas» são frequentemente palpáveis, como a morte, o desaparecimento ou a perda de um emprego, tendo sido verificado que as «perdas» referidas pelos utentes entrevistados correspondem ao falecimento de familiares e ao fim de relações interpessoais, indo de encontro ao que o autor defende.

Da segunda subcategoria «Relações familiares e interpessoais – avaliação de afinidade» surgem dois indicadores: Relações familiares e Relações interpessoais. Procurou-se entender o tipo de relações mantidas pelos utentes, atribuindo a cada um dos indicadores três unidades de registo capazes de agrupar os diversos relatos, para assim perceber se já inseridos em programa de substituição com metadona, houve a possibilidade de reconstruir ou manter as relações familiares e interpessoais.

Dentro do indicador Relações familiares houve a necessidade de criar três unidades de registo que organizavam os relatos dos utentes em diferentes níveis de

apreciação, sendo estes: «Relações familiares tidas como positivas», «Relações familiares tidas como negativas» e «Relações familiares inexistentes».

Inserido na unidade de registo «Relações familiares tidas como positivas» evidenciou-se o relato de seis utentes, que caracterizaram as relações com os familiares como algo positivo para as suas vidas, tendo como exemplo os seguintes relatos: “*Com uma filha (...) Uma coisa incrível. (...) Ah, bem... é muito importante mesmo. É a única coisa que eu tenho.*” (U1), “*Em termos familiares será o meu filho, a minha companheira, o filho dela, o meu pai, a minha mãe (...) ao ponto que se qualquer um dia me faltasse ia ser, ia ser um episódio muito negativo da minha vida. (...)*” (U2), “*Com o meu irmão, com o mais novo, (...) E tenho mais a minha mãe (...) Com a minha mãe, eu consigo falar com ela. (...) A minha madrinha e a minha avó, se precisar de alguma coisa, estão sempre em cima.*” (U5). Ainda, foi possível registar a existência, por parte de dois utentes, de «Relações familiares tidas como negativas»: “*Com os meus tios e com os meus primos, com a minha família toda, meu! (...)*” (U3), “*(...) o meu irmão (...) não consegue falar comigo, o meu irmão mais velho, (...) tipo, a minha mãe para lá ir à casa dele, eu não posso ir (...)*” (U5). Para além dos relatos de relações familiares negativas e positivas, dois utentes referiram a inexistência de qualquer tipo de relação familiar: “*Antigamente a minha família era muito mais unida. Mesmo. Primos, tios... eramos todos muito mais unidos. Agora estão-se a afastar mais. (...) Mesmo de mim. (...) Pela distância geográfica..., mas também pelos consumos, sim. Fui posto de parte.*” (U1), “*Não tenho ninguém.*” (U7).

Dentro do indicador Relações interpessoais, a organização das mesmas respeitou a lógica do indicador anterior, desta forma foram criadas três unidades de registo: «Relações interpessoais tidas como positivas», «interpessoais tidas como negativas» e «Relações interpessoais inexistentes». Na unidade de contexto «Relações interpessoais tidas como positivas» assinala-se o depoimento de seis utentes que afirmam manter ligações interpessoais com indivíduos a um nível positivo: “*(...) Há umas pessoas, (...), em que tinha uma ideia que me estão a ajudar, moralmente, porque eu já os conheço há alguns anos (...) Às vezes penso que não tenho ninguém, mas eu depois penso neles.*” (U1), “*Tenho um amigo só (...) o meu amigo de infância. Crescemos juntos, vivemos juntos (...) Único, não existe mais.*” (U2), “*Sim, acho que tenho alguns amigos, acho que sim... (...) Fora da rede de consumos, também...*” (U3), “*A minha família agora são pessoas que eu conheço. Por exemplo, pessoas amigas, mas... pessoas das amizades né.*”

*Pessoas que eu conheça que me ajudam (...)*” (U4) e “*Sim, os meus clientes, os meus amigos, os meus vizinhos, é tudo! Não tenho ninguém que possa ... são tudo amigos!*” (U6). No que concerne às «Relações interpessoais tidas como negativas» identificou-se o relato de dois utentes, sendo que um deles identifica os indivíduos que fazem parte da sua realidade de consumos como relações negativas “*Existem muitos conhecidos, talvez uma duas, três centenas deles. Agora esses eu não considero meus amigos, esses são a tal rede que me permite fazer consumos e viver com eles...*” (U2), o outro utente refere conflitos com os pais da companheira: “*Arranjei uma namorada, só que é um bocado complicado, mas a rapariga que eu arranjei, prontos, os pais são contra.*” (U4). Em relação à última unidade de registo «Relações interpessoais inexistentes» um utente revelou não ter qualquer tipo de relação “*Agora, ninguém.*” (U7).

É possível analisar que a maioria dos utentes mantêm uma rede de ligações familiares e interpessoais positivas. Porém, apesar da existência de relações familiares e interpessoais é notória a exclusividade da rede social dos entrevistados, pois referem, maioritariamente, pessoas que fazem parte da vida dos mesmos há muito tempo, revelando dificuldade em criar conexões novas.

Segundo Barta (2012), a perda de relações familiares e interpessoais é uma realidade, como foi possível verificar com o relato de um utente (U7), que afirmou não contar com a presença de ninguém, a estes níveis, na sua vida.

### **6.1.3 - Categoria Analítica: - Relação com a Substância**

Como forma de compreender a relação dos utentes com a Substância psicoativa, nomeadamente a heroína, foi criada a categoria «Relação com a substância», que procurou desenvolver vários tópicos através da criação das seguintes subcategorias: «Razões que influenciaram o início dos consumos», «Razões que influenciaram a continuidade dos consumos», «Uma vida de consumos» e «Olá, Heroína!».

Assim, de forma a tomar conhecimento das razões que levaram os utentes a iniciar os consumos, a subcategoria «Razões que influenciaram o início dos consumos», compilou todas as razões dadas pelos utentes que, na sua ótica, justificam a entrada na vida de consumos.

Ocorreram relatos de três utentes que referiam a «Curiosidade» como principal razão que os levou a experimentar as substâncias: “*Só por curiosidade e aventura. (...)*”

*Sim, porque eu tinha uma boa vida. Não me faltava nada (...)*” (U1). Já para outros quatro utentes, a necessidade de pertença a um determinado grupo, ou seja, a necessidade de aceitação grupal, foi a razão que os levou a iniciar os consumos: *“Comecei porque, pronto, amigos, fumávamos (...)*” (U4), *“o meu marido era toxicod dependente e eu tomei a decisão de não o deixar e viver a vida como ele vivia, pus-me também na droga, pronto (...)*” (U6). A falta de informação foi um argumento igualmente utilizado por um utente como forma de explicar a sua entrada no mundo das drogas: *“não lhe poderia dizer com duas palavras, falta de informação! Eu meti-me porque quis, ninguém me apontou a pistola à cabeça como sabe (...)*” (U8). Ainda, um utente referiu a influência da irmã como tendo sido a porta aberta para o mundo das drogas: *“(...) e foi um bocado a influencia da minha irmã... Ela é que foi a verdadeira influente, se calhar não fez de propósito, mas..., mas pronto, mas fez e pronto, foi... essa é que foi a verdadeira influência (...)*” (U9).

Segundo o que foi possível apurar tendo como base a análise da literatura (Panksepp, 2005, como citado em Gago, 2013; Guimarães & Fleming, 2009), o uso de substâncias psicoativas (como a heroína), aciona zonas cerebrais encarregues pelas emoções e pelas manifestações neuroquímicas que se refletem em satisfação ou formação de ligações afetivas. Porém, essas sensações alcançadas através do consumo, segundo Fonte (2006), não podem refletir a única razão pela qual um indivíduo opta por iniciar uma vida de consumos, pois considera que as razões vão muito além do encontro entre um indivíduo e uma substância, afirmando que o consumo de drogas corresponde a diferentes usos com diferentes finalidades, e que não se pode restringir aos seus efeitos químicos. Nesta perspetiva, e de acordo com o que o autor refere (Fonte, 2006), nenhum dos utentes entrevistados identificou as sensações aquando do consumo como a razão que os levou a consumir, tendo sido referidas razões que se inserem, segundo Silva (2014), em dois grandes grupos: individuais ou grupais. Foram referidas duas razões individuais: curiosidade e falta de informação, e duas razões grupais: necessidade de aceitação grupal e influência.

Para além das razões que levaram os utentes a iniciar os consumos, revelou-se importante identificar as razões que levaram os utentes a manter os consumos de heroína. Assim, foi criada a subcategoria «Razões que influenciaram a continuidade dos consumos» que reuniu todos os motivos realçados pelos utentes. Desta forma, dois utentes revelaram que só mantiveram os consumos de heroína, para poderem sentir o que

sentiram nas primeiras vezes que consumiram: “(...) *mas ao fim desses dois anos tive sempre que aumentar cada vez que consumia um bocadinho mais para sentir exatamente o mesmo.*” (U2), “(...) *é que é uma droga muito gulosa e uma dose, passado um mês ou dois, já não dá, já tem que ser o dobro, vai-se aumentando. (...) Para sentir o que senti na primeira vez. (...) Porque experimentar a heroína, por exemplo, a heroína ou a cocaína, esse tipo de drogas, é para toda a vida*” (U1). Outro utente, relatou que manteve os consumos de heroína porque tinha de experimentar o “produto” antes de o entregar: “*Se eu vou buscar (...) tenho que experimentar, do que levo, não é experimenta lá e toma lá, não! Experimento daqui que é aquilo que eu vou levar*” (U8). Outra razão referenciada por dois utentes foi o facto de terem gostado da experiência que os incentivou a manter a mesma: “*Porque eu gostei, eu gostei na altura (...)*” (U3), “*A partir daí, foi o gosto. Na altura a heroína era diferente de agora. Na altura a heroína... não vou dizer que era boa. Era saborosa. Sabia a caramelo, era tal e qual como se a gente estivesse a comer um caramelo.*” (U7). Outro ponto referido por quatro utentes, foi a necessidade que havia de manter os consumos para poderem sentir-se normais, evitando o aparecimento das dores físicas, produzidas devido ao aparecimento da abstinência: “*Depois quando comecei abstinência já não, já era só... consumia era mesmo só para me manter normal, só para me tirar as dores, os espasmos, os espasmos musculares, os calafrios etc... é isso*” (U3) e: “*Depois é um consumo obrigatório porque uma pessoa tem de consumir mesmo, porque não aguentar com dores. Não consegue andar, o organismo não respeita. Pronto, o organismo fica descontrolado, mesmo (...)*” (U7). Ainda, o potencial económico foi um fator identificado por um utente: “*oh... porque, olhe, porque, olhe havia dinheiro.*” (U6) e finalmente, excesso de tempo livre foi demarcado por um dos utentes, como fator influenciador para o consumo contínuo de heroína: “*Fui burro! [risos] Fui burro, pronto simplesmente, que sabia onde estava-me a meter e fui meter-me outra vez, que eu aí já tinha bastante conhecimento das coisas, fui burro, foi falta de não ter nada para fazer e pronto*” (U8).

Com isto, Barta (2012) refere que o consumo não se mantém com base na experiência de prazer, e desmistifica a ideia de que se consome com o critério das sensações de prazer obtidas nos primeiros consumos. Contudo, dois utentes entrevistados mencionaram que mantiveram os consumos de heroína para que pudessem manter a experiência de prazer. Apesar de que não tenha sido a regra, pois a maioria dos utentes

admitiu que só manteve os consumos para evitar os sintomas de abstinência, como refere a autora.

De modo a identificar as várias substâncias consumidas pelos utentes ao longo da vida, a subcategoria «Uma vida de consumos» apreende o testemunho de todos os utentes, tendo o indicador Substâncias consumidas ao longo da vida pretendido compilar todo o historial de consumos dos utentes. Todos os utentes entrevistados, tinham em comum o consumo de heroína, de nove utentes foi possível obter a resposta de oito utentes. Metade dos utentes (4) revelaram uma certa dificuldade em enumerar as substâncias consumidas, por terem sido várias: “*Olha... além de heroína e cocaína e Haxixe e THC, MDMA, MD, Metanfetamina, MA, MD, só MDA, LSD, Ketamina, sei lá o quê mais... Epá, eu acho que já experimentei tanta coisa que... em termos químicos, benzodiazepina... Pá, não sei mais (...)*” (U2), “*Acho que... acho que todas, acho que deve haver poucas que não devo ter consumido.*” (U3) e: “*Tudo! (...) Experimentei, algumas experimentei (...) até sementes naturais, alucinogénios naturais*” (U5). A outra metade dos utentes (n=4), sabia identificar de forma clara e precisa todas as substâncias ilícitas que tinha experimentado ao longo da vida: “*Comecei por haxixe, depois foi a heroína, depois por cocaína e basicamente foram essas drogas...*” (U1), “*Foi só, foi só, heroína, né?! Mais nada.*” (U6) e: “*Só a heroína, a cocaína e haxixe.*” (U7).

Revelou ser pertinente para a investigação perceber que tipo de relação é que o utente manteve com a substância de eleição, neste caso, a heroína. Assim, a subcategoria «Olá, Heroína!» facilitou a compreensão relativo ao momento em que o utente percebeu que estava dependente, às consequências do uso da heroína na sua vida (de uma forma geral), à descrição das sensações aquando do uso e à tipologia do uso de heroína nas primeiras utilizações (fumada ou injetada).

Desta forma, cinco utentes foram capazes de identificar o momento em que se depararam com a dependência face à heroína, dos quais um utente reconheceu a dependência quando era menor de idade: “*Começou com o facto da dependência de heroína e cocaína aos 11 sim. (...) foi dos raros casos porque a maior parte das pessoas começam por consumir drogas leves e depois é que passam para as drogas pesadas.*” (U2). Os restantes quatro utentes confirmaram que o início da dependência ocorreu quando eram maiores de idade, ainda que revelando consumos de drogas leves e consumos de heroína quando eram menores, mostrando um escalar da situação em que estavam envolvidos: “*Ai, ai... já tinha, pronto, para aí uns vinte e dois anos mesmo. (...)*”

*Crónico mesmo (...)* (U1) e: *“(...) 16/17 é que eu conheci a heroína e cocaína. Mas pronto, nessa altura fumava só esporadicamente, só de vez em quando, só de vez em quando, pronto, só me agarrei mesmo foi aos 21, aos 21 é que eu me agarrei mesmo sério (...)* (U3).

No estudo realizado por Vasconcelos (2003), nenhum dos heroinómanos conseguiu explicar como passou a ser dependente, algo que não se reflete neste estudo, na medida em que dos nove utentes entrevistados, mais de metade (n=5), foi capaz de identificar o momento exato em que se depararam com a dependência face à heroína. Ainda, segundo Vasconcelos (2003), os participantes do estudo utilizavam expressões como “estar agarrado”, que dava a entender que a heroína, de certa forma os “agarrou”, dominando-os (p. 383), situação que é de igual forma verificável em algumas entrevistas realizadas aos utentes, tendo a este respeito um dos utentes utilizado a mesma expressão referenciada por Vasconcelos (2003), dizendo: *“me agarrei mesmo sério”* (U3), para enfatizar ter ficado numa condição de dependência face à heroína.

Relativamente às consequências do uso da heroína, alguns utentes identificaram mais do que uma consequência. Desta forma, um dos utentes caracterizou a ansiedade como uma consequência do uso de heroína: *“A única coisa que eu tive foi... qualquer pessoa que entre nessa, pronto, nessas vias, sofre sempre de ansiedade* (U1), outro utente referiu ter desenvolvido medo à heroína: *“Mas a heroína a mim mete-me mais medo, porque sofri muito, sei o que sofri. Dei cabo de tudo (...) ganhei muito medo aquilo”*. (U7), a exclusão social foi um fator referenciado por três utentes: *“A heroína... fechou-me para o mundo, porque eu estive muito tempo retirado da família. Portanto, eles iam a uma festa ou a um lugar qualquer e ia a família toda e eu não ia... por vergonha. (...)”* (U1); *“Epa... afastou-me de muitas pessoas”* (U2) e: *“Muito solitário, fechei-me mais, não é?! Mais dificuldade em me relacionar com os outros, não por não gostar de me dar com as pessoas, mas não sei, comecei-me a fechar com o consumo e fiquei e fiquei assim um bocado antissocial, não é?!”* (U9). A perda da essência, foi referido por um dos utentes: *“(...) tornou-me agressivo, tornou-me numa pessoa completamente diferente daquela que eu vim a conhecer depois quando parei de consumir (...)”* (U2). Ainda, a perda de tempo, nomeadamente da adolescência, devido aos consumos, foi mencionada, de igual forma, como uma consequência por um dos utentes *“(...) perdi uma grande parte da minha adolescência... sim, mas mais da minha adolescência, da minha infância, precisamente por causa do uso crónico da heroína e da cocaína (...)”* (U2). A perda da

motivação, no que concerne ao cuidado pessoal, de higiene e alimentação, foi, também, uma das consequências expostas por um dos utentes: *“Olhe, mau estar, muitíssimo mau aspeto, emagrecimento rápido, mau aspeto, sei lá... olhe falta de higiene, desmazelo, (...), não tomava banho, não nada. Pronto, tinha possibilidade de o fazer, mas não tinha vontade, a minha vida era acordar, ter dinheiro, comprar heroína, consumir e pronto e fumar, a minha vida era só aquilo (...)” (U3)*. Outra das consequências assinaladas por um utente, foi a perda da rede interpessoal: *“Acabei com a minha vida (...) sempre tive a mesma namorada (...) eu via que não conseguia largar esta vida, estava a estragar a carreira dela (...) falei com ela, expliquei-lhe que eu já tinha feito dois tratamentos, não tinha resultado (...). Achava que não conseguia largar isto e preferi afastar-me dela. (...)” (U7)*. A última consequência assinalada por um utente foi a própria dependência face à heroína, a vontade de querer parar, mas não conseguir: *“consequências, só, só, me trouxe, eu queria me livrar, mas não era capaz, pronto (...)” (U6)*.

Assim, tendo como base a análise de dados e como enfatiza a literatura (Barta, 2012; Fernandes, 2007; Guimarães & Fleming, 2009; Ocampo & Gómez, 2017) foi possível analisar que o consumo de heroína carrega consigo o peso das consequências de dimensões sociais, psicológicas, económicas e físicas.

No tocante às sensações tidas aquando do uso de heroína, dos utentes entrevistados, apenas um utente referiu não ter memória do que sentiu: *“Não me lembro! Não me lembro!” (U6)* e dois utentes consideraram ter sido uma sensação negativa, associada a má disposição: *“Vomitei, sim, (...) disse “toma, pega, não quero mais” (U5)* e: *“Lembro! Senti assim uma espécie de um formigueiro e depois fiquei (...) maldisposto só queria vomitar (...) Foi mesmo assim, horrível! Como quando se está muita bêbado, e se diz nunca mais, para que é que eu bebi?” (U9)*. Os restantes seis utentes descreveram com facilidade, clareza e um certo agrado. Desta forma, a sensação ao consumir foi descrita por um utente, como uma sensação de conforto: *“A primeira vez que eu injetei heroína foi um calor enorme no corpo, por mais frio que tivesse foi um calor enorme, uma comichão no nariz horrível e ao mesmo tempo uma sensação de bem-estar como se (...) como se o meu próprio corpo tivesse a flutuar (...)” (U2)*. Outra das sensações descrita foi a sensação de calma: *“Da heroína, fiquei assim calmo, assim calmo... (...) senti-me bem.” (U1)*. Ainda, outros, referiram sentir-se extremamente confiantes, atravessados por uma sensação de autoconfiança, como nunca tinham sentido: *“Senti calores, aqueles calores, sentia-me autoconfiante, o que eu pensava, sentia-me mesmo*

como um herói, mesmo como um herói, a minha maneira de pensar, o que eu pensava estava tudo certo” (U3); “(...) dava uma sensação de euforia. E eu sempre fui um bocadinho preso, retardado. Eu... tinha um bocado de dificuldade de me exprimir, e a heroína quebrava-me essa barreira (...)” (U7) e: “Boa, boa, linda, pronto não quer dizer que vi o mundo todo colorido, não! Deu para expandir mais, uma pessoa abria-se mais (...)” (U8). Por fim, um dos relatos sugere uma sensação agradável: “Quando consumia heroína, para mim foi bom. (...) Pois... foi bom porque a pessoa pode experimentar, mas passado um bocado “está é boa” prontos, agora vou dar nesta porque é boa, prontos, foi por aí...” (U4).

No âmbito da tipologia do uso de heroína, seis utentes referiram que a heroína nas primeiras utilizações foi fumada, sendo que dois utentes mencionaram nunca ter injetado: “(...) só fumada, nunca injetada” (U6) e: “(...) nunca injetei, sempre foi fumada (...)” (U5), porém os outros quatro utentes referiram que passaram a injetar a heroína, por razões económicas e porque o efeito era mais dourador: “A primeira vez foi fumada, claro (...) eu passei a injetar (...) pronto pode se consumir menos, mas manda logo direto, era mais eficaz e então já me aliviava a “ressaca”(U3) e: “(...) comecei por fumar muito ano (...) Então a vida económica é um declínio, é sempre a descer, e começou a faltar dinheiro, então a heroína injetada, o efeito durava mais tempo do que fumada (...)” (U7). Os restantes três utentes referiram que começaram por injetar: “Eu comecei, portanto... eu não tinha jeito para fumar... eu fazia da pior maneira porque há quem fumasse numa prata... eu como não tinha muito jeito para aquilo... eu, por causa doutra pessoa, que injetava, eu também comecei logo, praticamente do princípio a injetar (...)” (U1) e: “Injetada (...) Qual fumado?! Não sabíamos o que era fumar essas coisas (...)” (U8). Como foi possível apurar através da análise de conteúdo dos dados obtidos e segundo Barta (2012,) a sensação e a vivência corporal ao consumir a substância varia consoante a forma como é administrada. O mesmo autor alega que existe uma tendência para se transitar do método fumada para injetada, o que foi verificado com a análise dos dados, pois a maioria dos utentes que iniciaram os consumos de heroína fumada, transitaram para o método injetada. De igual modo, esta tendência, traduz o reflexo do aparecimento da dependência face à heroína, pois implica o consumo de doses reduzidas que consequentemente diminuem o custo monetário do consumo mantendo e até melhorando os efeitos da heroína fumada, visto que a heroína fumada implica a utilização de uma maior quantidade de substância para se atingir o mesmo resultado (Barta, 2012). Esta

ideia vai de encontro com os resultados obtidos, na medida em que, os utentes referiram transitar para a heroína injetada para colmatar as necessidades económicas e fazer face à dependência (evitando os sintomas de abstinência) dadas as características douradoras e momentâneas da mesma.

#### **6.1.4 - Categoria Analítica: - Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona**

Em relação ao programa de substituição com metadona, procurou-se compreender aspetos relacionados com a dinâmica e a acessibilidade do programa, tendo sido definida a categoria «Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona» e duas subcategorias das quais, «Acessibilidade do Programa de substituição com metadona», com o intuito de entender de que forma é que os utentes tomaram conhecimento do programa e quais as razões que os levaram a entrar no programa, e «Dinâmica do Programa de substituição com metadona», como forma de evidenciar a tipologia da toma da metadona (presencial ou não presencial) por parte de cada utente entrevistado; aspetos relacionados com a opinião dos utentes sobre as regras e regulamentos que sustentam o programa; e aspetos relacionados com a opinião da rede social dos utentes sobre o programa, na ótica do utente.

Relativamente à forma como os utentes tomaram conhecimento do programa, vários utentes (n=4) mencionaram ter sido através de um amigo ou conhecido: “(...) *por via dos meus amigos, já me falavam nisso, porque eu antes de tomar a metadona tomava subutex (...) de forma incorreta, o subutex é um comprimido e então eu às vezes eu destilava-o e eu usava-o mal, está a ver?!*” (U3); “*Pessoas que me disseram que havia a metadona, disseram que a pessoa era ajudada*” (U4) e: “(...) *foi a palavra entre uns e outros (...)*” (U8). A tomada de conhecimento do programa através da família foi também referenciada (2): “*Foi através do meu marido*” (U6) e: “*Já conhecia através da minha irmã que ela tomava, mas nunca tinha tomado (...)*” (U9). O CRI de Coimbra, foi mencionado por um utente, como tendo sido o transmissor da informação acerca do tratamento, tendo em consideração que o mesmo já era acompanhado pela instituição antes do tratamento de substituição com metadona ser um recurso disponibilizado pela instituição: “*Porque eu já andava cá... eu fiz tratamento à heroína, ainda não havia tratamentos de substituição e nem medicação*” (U7). A Internet, foi identificada por um

utente, como o meio por onde tomou conhecimento do tratamento: *“Primeiro foi porque vi um artigo na net e fiquei curioso (...)”* (U2).

A forma como os utentes tomaram conhecimento do programa revela que é uma informação que não é de todo conhecida, ou seja, não existe propriamente uma via publicitária que divulgue o programa, havendo, na verdade, a necessidade por parte do indivíduo de se encontrar envolvido, de alguma forma, na problemática, para que tome conhecimento da resposta. Tal sugere que o programa não pretende ser uma resposta de prevenção, mas de intervenção e resolução da problemática existente.

No que concerne às razões que levaram os utentes a iniciar o programa de substituição com metadona foram enunciadas três razões, sendo a necessidade de travar os consumos a mais relatada (n=6): *“(...) fiquei viciado na buprenorfina injetável e só depois de ter percebido vi que aquilo não funcionava e que não tinha mais nenhuma, não havia mais nada que eu pudesse tomar para substituir os opiáceos, a não ser a metadona (...)”* (U2); *“Para parar com a heroína, claro, para parar com a heroína, obviamente, porque a heroína estava-me a matar, e é uma droga, pronto, altamente tóxica, não é?!”*(U3); *“Largar os opiáceos, apesar da metadona ser refinada da heroína, não é um opiáceo, mas foi para cortar com os consumos de heroína”* (U5) e: *“O querer sair da droga. O querer sair desta vida (...)”* (U7). Outra das razões referidas por dois utentes foi a vontade de reorganização das suas vidas, aludindo à reorganização social: *“Para viver. Portanto, andar mais sossegado, para trabalhar, para fazer qualquer coisa, para não andar... para sair da miséria, porque não dá, porque isto embora a metadona seja pior em termo de vício, é mais limpa, não é? Podemos levar uma vida normal (...)”* (U1) e *“Teve de ser! Das duas uma, ou ia mesmo a fundo ou então teve que ser! Tenho o meu negócio para segurar, tenho a minha casa, tenho a minha família, teve que ser! (...)”* (U6). Outro utente (n=1) referiu ter sido por razões económicas: *“Pois, a toma da metadona é gratuita por parte do Estado, não sei se sabe disso né?! (...)”* (U4).

Vasconcelos (2003) afirma que o momento em que o indivíduo passa pela abstinência, não se reflete apenas em dor física, mas abre espaço para que o consumidor perceção a realidade e encare de frente a situação em que está inserido. Os utentes entrevistados revelaram ter a perceção do panorama em que estavam inseridos e iniciar o programa de substituição com metadona foi uma forma de poder parar com o ritmo e estilo de vida que mantinham.

Dentro da subcategoria «Dinâmica do Programa de Substituição com metadona» todos os utentes referiram realizar a toma da metadona «Não presencial», isto é, não têm de se deslocar diariamente às instalações do CRI para realizar a toma, apesar de que numa primeira fase do programa, ou seja, quando iniciaram o programa a toma era realizada presencialmente: *“Eu tomei muito ano. Andei muito ano a tomar presencial. (...) É conforme a minha vida de trabalho. Como eu já não tenho consumos há muito tempo, tenho a facilidade, a médica confia-me... atualmente estou a levar semana a semana, como estou a trabalhar, para não perder muito tempo (...)” (U7).*

Numa primeira fase, os utentes encontram-se envolvidos numa desorganização social extrema, a necessidade de terem de se deslocar diariamente para a instituição introduz no indivíduo uma certa rotina e compromisso. Quando se encontram estabilizados podem ganhar uma certa liberdade ao levar doses de metadona para casa e realizar a toma sem supervisão, assim ganham espaço para outros compromissos e uma possível reintegração social gradual (Molina 2007). Tendo em consideração que todos os utentes entrevistados realizam a toma da metadona não presencial, é possível considerar que os mesmos já se encontram aptos para realizar a toma sem supervisão.

Ainda, relacionado com a dinâmica do programa, houve a preocupação de apreender o entendimento dos utentes acerca das regras do programa, dos quais sete utentes referenciaram cinco opiniões distintas. Assim, um dos utentes assumiu que as regras eram adequadas: *“(...) são as corretas (...) Sim, acho todas elas adequadas (...)” (U2)*, outro utente revela que as regras são adaptativas: *“São adaptativas, são aquelas regras que eu assinei o contrato (...) Se houver retomas, passam a três dias por semana, se houver mais passam a diárias e não sei que... eu acho bem! (...) São, são, eles não deixam acabar a metadona a ninguém (...)” (U5)*, também, um utente manifesta satisfação com as regras: *“Acho muito boas até!” (U6)*, outro utente caracterizou as regras como sendo acessíveis: *“Acho que não [não são rígidas]” (U4)*, ainda, como forma de crítica negativa, três utentes consideraram que as regras são pouco rígidas, no sentido de serem tolerantes quando as são quebradas: *“há muita gente que olha aos programas de substituição como um “tapa-buracos”. Quando têm dinheiro, vão consumir, quando não têm, tomam os medicamentos para não ressacarem. (...)” (U7).*

Segundo o exposto, constata-se que a maioria dos utentes entrevistados revela aspetos positivos em relação às regras do programa de substituição com metadona, contudo, alguns (n=3) referiram a mesma crítica negativa, julgando as regras como sendo

“pouco rígidas”, dada a facilidade de incumprimento sem que haja a devida sanção. A este respeito deve salientar-se que no Manual intitulado “Normas Orientadoras de Programas Terapêuticos com Agonistas Opiáceos” elaborado pelo IDT (2006), encontram-se consagradas as situações em que o programa deve ser suspenso, tendo em consideração que esta medida depende da tipologia do programa, ou seja, se o programa se caracteriza como sendo um programa de baixo limiar, as regras aplicadas tendem a ser menos restritas do que as regras de um programa de alto limiar.

Procurou-se, de igual forma, entender, qual a opinião que a rede social do utente tem acerca do programa de substituição com metadona, com o intuito de perceber qual a visão que o utente considera que as pessoas que o rodeiam têm acerca do tratamento em que está inserido. Neste âmbito um utente mencionou que a sua rede social avalia o programa como sendo um mal menor: *“Eu acho que ele pensa que é um mal menor, eu acho que é isto que ele pensa, não é bom, é um mal menor, ele não gosta, é um medicamento (...), mas é menos mau. Permite ter uma vida normal (...)”* (U9). Outros utentes (n=9) julgaram que a opinião das outras pessoas é boa: *“É assim, eles acham muito bem eu tomar (...)”* (U2) e: *“(...) é bom, é bom, porque sabem que é um ponto seguro para mim!”* (U8). Outro utente revela que a opinião é neutra: *“Não acham nada! (...) os únicos que sabem são as minhas filhas, os meus genros e a minha mãe e os meus irmãos, de resto está tudo ok.”* (U6). Já os restantes utentes (n=4) estimam que as pessoas que os rodeiam consideram que o programa de substituição com metadona é apenas uma droga, provocando no utente um sentimento de reprovação: *“Eles pensam que... que é droga. (...) Não... eles não pensam mesmo, mesmo, como se fosse uma droga. Mais um medicamento para a droga. Não como um substituto. Mais isso.”* (U1); *“O que eu penso é que eles acham que eu quero ser um drogado. Eu na mente deles eu sou um drogado porque eu quero, porque eu gosto de drogas (...)”* (U3); *“Há pessoas que são contra, dizem que a metadona que não é solução porque pronto, dizem que é tudo drogas e não sei quê (...)”* (U4); e: *“Os meus amigos conhecidos, dizem que é um problema e que se depois ficas agarrado à metadona (...) A minha mãe acha que é uma droga na mesma (...)”* (U5).

Segundo Magalhães (2008), a visão que os utentes criam acerca das opiniões das pessoas que os rodeiam é extremamente importante para o resultado do tratamento, visto que quando as visões/crenças são negativas, os utentes têm tendência em sofrer recaídas, sendo, por essa razão, um ponto revestido de grande importância a ser trabalhado pelo

técnico durante o tratamento. Neste sentido, dos oito utentes que se pronunciaram, metade (n=4) constataram que a sua rede interpessoal considera que o programa de substituição com metadona é algo negativo, o que revela a necessidade de trabalhar estes aspetos com a equipa técnica.

Importa reforçar que os resultados obtidos não correspondem, necessariamente, à real opinião da rede interpessoal do utente, mas à visão que o utente considera que os mesmos têm do programa.

#### **6.1.5 - Categoria Analítica: - Relevância do Acompanhamento com a Equipa Técnica ao longo do Programa de Substituição com Metadona**

Articulada com a categoria «Relevância do acompanhamento com a Equipa Técnica ao longo do Programa de Substituição com metadona» foi elencada a subcategoria «Relevância do acompanhamento com a E.T.», por forma a apreender-se as dinâmicas (manutenção ou não de acompanhamento) e a interpretação tida acerca do acompanhamento disponibilizado pela equipa técnica.

Neste sentido, oito utentes confirmaram manter acompanhamento, apesar de que um utente referiu que mantinha acompanhamento com uma equipa fora do CRI de Coimbra, sendo acompanhado apenas pela médica do CRI de Coimbra, porém, não deixou de assinalar o papel fundamental do assistente social na sua conduta: *“Sim, eu tenho uma equipa técnica lá perto onde eu vivo. (...) Médico é aqui [CRI de Coimbra] ou então no centro de saúde. (...) quando preciso de alguma coisa socialmente, marco. (...) eu costumo dizer: Deus lá em cima e o assistente social cá em baixo. (...)” (U1).*

Também outro utente (U8) mencionou que mantinha consulta com a equipa técnica, referindo-se, contudo, apenas ao médico e aos enfermeiros, não beneficiando de um acompanhamento multidisciplinar: *“Só médicos, e enfermeiras, dou-me bem com elas as daqui! Médicas, enfermeiras... dou-me bem com todos, é tudo uma maravilha” (U8).* Ainda, um utente revelou não manter já qualquer tipo de acompanhamento com a equipa técnica: *“No início sim, agora não, porque venho sempre a correr, eu tenho a minha loja para manter, está lá a minha filha sozinha com o meu neto (...)” (U6).*

No que concerne à opinião dos utentes entrevistados acerca do acompanhamento técnico prestado pela E.T., foram registadas oito opiniões, que no geral (n=6) foram positivas: *“Bastante. Bastante importante. (...)” (U1); “Acho acho que, epa é uma mais-*

*valia né porque nós muitas das vezes não temos percepção de como realmente andamos. É preciso alguém de fora que esteja completamente abstraída para poder ver o que é que se está a passar contigo né (...)*” (U2); *“Eu acho que sim, para arranjar solução para as pessoas, para um modo de vida e “coiso”*” (U3); e: *“Eu acho que é importante, numa determinada fase, pronto, isso acho (...)* Não é só no início, porque o processo é longo, não é só no início (...)” (U9). De salientar o relato de um utente que realça o papel do assistente social no campo da reintegração laboral: *“O assistente social arranjava-me trabalho”* (U5).

A utilização regular da metadona e a administração da dose certa, ajuda a suprimir o sofrimento físico e psicológico provocado pela ausência da heroína, evitando que o utente fique, de certa forma, descompensado, o que permite uma abertura para que se realize uma intervenção biopsicossocial. É de salientar que o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar adequada às necessidades do utente é crucial para a obtenção do resultado mais positivo possível a alcançar do programa (OEDT, 2019), sendo necessário, em muitos casos, perceber o porquê de alguns utentes terem deixado de usufruir do conjunto de serviços a nível social e psicológico, disponibilizados e de que modo tal situação pode influenciar no sucesso do tratamento.

#### **6.1.6 - Categoria Analítica: - Avaliação do Programa de Substituição com Metadona e Ocorrência de Situações Imprevistas**

A categoria «Avaliação do programa de substituição com metadona e ocorrência de situações imprevistas» enquadrou duas subcategorias, designadamente, Avaliação do programa de substituição com metadona, que alude a aspetos referentes às vantagens e constrangimentos decorrentes do tratamento de substituição com metadona na vida do utente, e Ocorrência de situações imprevistas, que abrange as interpretações acerca da ocorrência de recaídas ao longo do programa face à heroína ou ao consumo de outra substância ilícita em paralelo ao programa e à ocorrência de comportamentos de risco ao longo do programa (Apêndice 5).

Tendo por base o indicador «Vantagens/Benefícios decorrentes do início da toma da metadona» na vida do utente, foi possível apurar que seis utentes revelaram que a entrada em programa de metadona possibilitou aos mesmos uma reorganização social: *“Reorganização da vida social, sim (...)* Portanto, levanto-me de manhã, não tenho a

preocupação de ir arranjar droga, não é? Ou levanto-me de manhã, não ressaco... e faça uma vida normal.” (U1), “(...) a toma da metadona, é o melhor sistema que eu encontrei até hoje e acho que se não tomasse a metadona, não conseguiria andar a trabalhar. Isso é um ponto positivo relativo à metadona (...)” (U2); “Os benefícios? Conseguir trabalhar, conseguir viver, socializar (...)” (U5); “Os benefícios. Levar uma vida normal. Uma pessoa normal. (...) Comecei a fazer a minha vida normal.” (U7); e: “Olhe foi sentir-me bem, tomava sentia-me bem (...) Olhe, melhorou várias coisas, comecei a ter mais apetite, comecei a ficar com melhor aparência, comecei a ganhar mais autoestima, por mim, eu gostava de tomar banho (...)” (U3). Outro utente referiu a paragem dos consumos de heroína e de cocaína, como tendo sido a principal vantagem: “A toma da metadona já ando a tomar há alguns anos. (...) Eu comecei a tomar a metadona já com esta idade para aí, já com esta idade (...) Deixei de consumir heroína, cocaína...” (U4). A qualidade de vida foi mencionada por dois utentes como vantagem decorrente da entrada em programa: “Muita coisa! Mais calma, mais serena, mais atenta [risos] e tudo, tudo de bom!” (U6); e: “Eu acho que foi lá numa possibilidade de mais facilmente aguentar quando acordava sem droga e isso, ajudava nisso (...)” (U9).

Através da análise dos dados, foi possível verificar que as vantagens mencionadas, pelos utentes entrevistados, vão de encontro com o que a literatura enfatiza, desde a reorganização social, à conquista de uma melhor qualidade de vida e à paragem definitiva dos consumos de heroína (Magalhães, 2008; Rodrigues, 2006). Aspectos diretamente ligados à função de contenção da metadona, que possibilita uma ação prolongada e um melhor controlo da adição, pois atenua a dor física e emocional e resulta em estabilização (Magalhães, 2008; Rodrigues, 2006).

Quanto às «Desvantagens/Constrangimentos decorrentes do início da toma da metadona», um utente associou o agravamento de problemas de saúde à toma da metadona: “Desvantagem... estragou-me um bocadinho o estômago. Tive problemas, porque pronto, como é muito ano, a metadona é um bocadinho, quer dizer... desgasta. Não quer dizer que fosse a causa principal, eu já tinha problemas de estômago, já vindo de trás” (U7), a dependência face à metadona, foi um aspeto negativo considerado por três utentes entrevistados: “As desvantagens é... também estamos presos (...) Estamos completamente presos” (U1); e: “(...) As desvantagens é que é uma droga, é uma coisa que faz mal ao corpo, por mais que uma pessoa diga que não faz, faz!” (U9), a existência de regras foi mencionada por um dos utentes, como um aspeto negativo, pois considera

que está preparado para sair do programa, mas tem de seguir as indicações dos técnicos do programa ““(…) a desvantagem é que eu queria largar e não me deixam [risos], mas pronto isso os médicos é que sabem, é ordem da médica e eu tenho que aceitar!” (U8), ainda, o preconceito foi um dos aspetos salientados por um utente: “Se souberem que somos toxicodependentes, seja metadona, seja o que for... é toxicodependente, põem-nos de lado.” (U1) De realçar que três dos utentes entrevistados não fizeram referência a nenhum tipo de constrangimento, alegando não existir nenhum: “Não vejo desvantagem nenhuma!” (U3); “Não, não.” (U4); e: “Não, não, não! (...) (U6).

Segundo Verter e Buning (s.d.) a maior desvantagem apontada ao tratamento de substituição com metadona prende-se com o facto de se considerar que o paciente não é livre de drogas, tendo este sido um aspeto bastante enfatizado por parte dos utentes entrevistados.

Em relação à subcategoria «ocorrências de situações imprevistas» estabeleceram-se como indicadores de análise: Recaídas de opiáceos ao longo do tratamento/consumo de drogas em paralelo; Comportamentos de risco ao longo do programa e Objetivos a alcançar através do programa de substituição com metadona.

Apesar de todos os utentes referirem que após entrada no programa de metadona não voltaram a ter consumos de opiáceos (heroína), dos utentes entrevistados, oito referiram consumir outro tipo de substâncias, das quais: cocaína, canábis, haxixe e crack, de que são exemplo os seguintes relatos: “(...) tenho um problema de ter uma recaída mensal, tipo uma vez por mês, recai na cocaína e no consumo de cocaína... crack (...)” (U2); “desde que tomei a metadona, nunca mais tomei outro tipo de opiáceos (...) Cocaína, não, cocaína de vez em quando é o meu grande problema, de vez em quando atiro-me de cabeça” (U3), “Olha, vou-te ser sincero, eu fumo xamon (...)” (U4); “Opiáceos não. Consumo (...) Haxixe.” (U7), “Não, nunca tive recaídas (...) Nada, nada, sem ser o canábis e o álcool, eu evito ao máximo Apenas um utente referiu não ter qualquer tipo de consumos em paralelo, dado que foi possível apurar anteriormente que o mesmo só consumiu heroína e não experimentou mais nenhuma substância: “(...) Não, não, Nunca!” (U6).

No respeitante aos comportamentos de risco, dois utentes expuseram a ocorrência: “Ah sim, comportamentos de risco... é assim, em termos de risco para a saúde, não tive. Em termos de risco que possa pôr a minha liberdade em risco, sim, isso tive.” (U2); e: “Tava numa instituição, prontos, foi um dia mesmo... estava com pessoas também,

peessoas amigas. *Avariou-me a cabeça toda, prontos, consumi [Partilha de seringa]*” (U4). Os restantes sete utentes referiram não ter havido a ocorrência de comportamentos de risco aquando da entrada em programa de substituição com metadona: *“Ah! Não, não, isso nunca mais tive (...)”* (U3); e: *“Depois de eu ter sido preso das duas vezes, nunca mais fiz nada, nunca mais. Eu comecei a acreditar no “karma” e é verdade, quanto mais bem fizermos (...) recebemos bem também.”* (U5).

Apesar dos utentes referirem que mantêm consumos de substância ilícitas em paralelo, o uso de heroína não foi identificado pelos utentes entrevistados, assinalando a eficácia do tratamento de substituição com metadona neste sentido.

Tendo por base a literatura (Melo, 2008; Verter & Buning, s.d.), os comportamentos de risco registam uma redução significativa, indo o presente estudo também ao encontro deste registo, visto que como se analisou, apenas dois utentes mencionaram aspetos referentes a este tipo de comportamentos.

Acerca das «Perspetivas para o futuro» e em relação aos objetivos a alcançar, os utentes informaram (n=7) que finalizar o programa era o principal: *“Sim, ter uma vida normal sem precisar da metadona nem de mais droga nenhuma. Isso é uma utopia, mas é aquilo que eu espero, aquilo que eu quero, é aquilo que eu adorava que acontecesse (...)”* (U2); *“Acabar com ela, e continuar a minha vida. Eu gostava de saltar de paraquedas, andar de asa delta, se ainda houvesse tempo para tirar um curso daqueles pilotos daqueles aviões pequeninos era brilhante! (...)”* (U5); e: *“Acabar com o tratamento, estar bem”* (U6). A reconstrução da vida social, foi identificada por um utente como o objetivo principal a alcançar com o programa (o utente que menos tempo tem no programa): *Sei lá, alcançar a minha vida profissional, e pronto ter uma vida saudável, vir a alcançar, também, pronto, também encontrar um amor, (...) ter a minha própria casa, a minha própria vida (...)”* (U3). Por fim, outro utente referiu apenas que pretendia *“Ser feliz.”* (U1).

As repostas dos utentes refletiram o desejo por um futuro promissor, que segundo os mesmos, será possível através do tratamento de substituição com metadona. Contudo, segundo Magalhães, (2008) o programa de substituição com metadona, cria em alguns utentes falsas ilusões, visto que os entendimentos dos utentes se baseiam na busca por um remédio milagroso, o que poderá resultar em frustração pois os entendimentos ou as crenças dos utentes são extremamente importantes para que o mesmo possa ter sucesso e seguir o melhor caminho para a abstinência (Vasconcelos, 2000).

## **6.2 - Elementos Relativos aos Participantes – Equipa Técnica do CRI de Coimbra**

### **6.2.1 - Caracterização da Equipa Técnica**

Dos participantes da equipa técnica do CRI de Coimbra<sup>13</sup> auscultados, faz parte um Assistente Social (P10), de 55 anos, do género masculino, com licenciatura em Serviço Social, exercendo funções na área de atuação desde 1995. Ainda, uma Médica e Psiquiatra (P11), de 58 anos, do género feminino, com licenciatura em medicina e especialidade em psiquiatria, exercendo funções na área de atuação desde 1998, sendo a responsável pela equipa B do CRI de Coimbra. Por fim, um Enfermeiro Chefe (P12), de 35 anos, do género masculino, com grau de mestrado, exercendo funções na área de atuação desde 2009.

Importa salientar que todos os entrevistados fazem parte da equipa B do CRI de Coimbra.

### **6.2.2 - Categoria Analítica: -Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição**

Numa primeira fase, procurou-se entender, a partir da equipa técnica, aspetos relacionados com a dinâmica e a acessibilidade do programa. Neste sentido, foi definida a categoria «Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona», e duas subcategorias, das quais: «Acessibilidade», com o intuito de agregar os critérios inerentes à entrada em programa de substituição com metadona, as razões que levam os utentes a entrar em programa e o processo interventivo associado à admissão do programa, ou seja, apreender o processo adotado para a admissão dos utentes; e «Dinâmica», como forma de interpretar os objetivos do programa, o papel/função do profissional e o tipo de abordagem subjacente à intervenção.

Desta forma, no que à primeira categoria apresentada diz respeito, foram analisados os critérios para adesão ao programa, tendo o assistente social referido critérios associados a «inclusão»: *“Eu acho que estão no espírito da inclusão em Metadona seria... seria... toxicodependentes com muitas tentativas de tratamentos falhadas; mulheres toxicodependentes grávidas; Toxicodependentes a viverem na rua (...)” (P10)*. O outro critério invocado pela médica/psiquiatra foi o «cumprimento de regras»: *“Os*

---

<sup>13</sup> Referência à data do estágio no âmbito do Mestrado

*critérios, serão, sobretudo o cumprimento de regras do programa. O programa tem algumas regras, que os doentes quando fazem o contrato, porque é um contrato escrito em que se define exatamente isso os objetivos e também, a obrigatoriedade do cumprimento de algumas regras (...)*” (P11), tendo, de igual forma enumerado algumas das regras que constam no contrato para adesão ao programa das quais: “*(...) vir às tomadas presenciais da metadona, (...) a assiduidade às consultas marcadas, (...) realizar análises de controlo de substâncias (...) ajudam de facto a aferir o cumprimento da primeira regra que é a abstinência da substância (...) comportamento adequado sem agressividade em relação aos técnicos*” (P11). Por seu lado, o enfermeiro chefe relatou que «ser usuário de heroína» seria o principal critério para inserir o utente em programa de substituição com metadona: “*Os critérios para a inclusão no programa de tratamento, essencialmente passam pelo facto de estar a consumir heroína ou de estar em risco de consumo de heroína (...) Estarem a consumir, estarem motivadas para integrarem um programa ou um projeto de tratamento multidisciplinar*” (P12), assumindo que existe uma lista de prioritários, no que toca a aceitação de utentes, visto que existem casos mais emergentes: “*Por exemplo uma situação de pessoas portadoras de HIV ou de doença infecciosa, têm prioridade sobre outras, (...) aqui na nossa ET não temos lista de espera, mas (...) na existência de lista de espera (...) é um critério de adesão preferencial ou prioritário, mulher grávida e doença infecciosa presente (...)*” (P12).

No respeitante às razões que levam os utentes a aderir ao programa de substituição com metadona, podemos considerar, a título de exemplo: as razões económicas, a pressão social, os sucessivos tratamentos que não foram eficazes e a “*consciencialização da destabilização*” (P12) como aspetos referidos pelos profissionais entrevistados: “*Os gastos excessivos de dinheiro; darem-se conta do processo de degradação ... a que não conseguem pôr um travão; talvez a pressão dos familiares; Talvez uma vontade de não tratamento*” (P10). A “*vontade de não tratamento*” (P10) referida pelo Assistente Social vai de encontro ao que é explicado pela Médica/Psiquiatra quando assume que o programa de substituição com metadona “*não é à partida um programa de primeira linha, não é de primeira escolha*”(P11), na medida em que o primeiro incentivo dado ao utente é: “*um tratamento sem substâncias*”(P11), porém, o historial de recaídas e de sucessivas tentativas de tratamentos do utente dita a que seja inserido em programa de substituição com metadona, pois este programa: “*implica (...) a continuidade de uma dependência, neste caso de uma dependência controlada, que é uma substância*

*medicamente prescrita, mas digamos que é um tratamento de segunda linha e que são habitualmente doentes (...) com outras tentativas de desabituação (...) que não deram resultado.*” (P11). Ainda, relativamente às possíveis razões que levam os utentes a iniciar o programa, podem ser tidas em consideração, segundo o enfermeiro chefe: “(...) *problemas ao nível laboral (...) associados à perda de produtividade, à perda de trabalho, (...) ou até mesmo ao não conseguir arranjar trabalho, quer seja a nível familiar, nomeadamente com a deterioração de relações familiares, (...)*” (P12), este interlocutor refere ainda a autoestima e a forma como o utente se vê, como uma possível razão para que o mesmo pretenda entrar em programa de substituição com metadona: “(...) *quer até mesmo relacionados com alterações do próprio “inside” e da própria forma como a pessoa se vê, (...) autoestima, com auto conceito, (...).*” (P12).

Relativamente ao processo interventivo associado à admissão do programa, o Assistente Social assume que é um processo que tem de passar por uma deliberação em equipa, mas que pode passar, também, pela decisão isolada do médico: “(...) *Teoricamente havia um documento que dizia que a inclusão de um utente em metadona deverá ser uma coisa decidida em equipa (...) porém (...) o médico pode prescrever o medicamento que entender sem necessitar (...) de colocar isso numa equipa (...)*” (P10). Já a médica/psiquiatra assume aspetos que vão de encontro ao que Molina (2007) refere, quando menciona que tem de ser realizada uma avaliação do historial clínico do utente para que o mesmo possa ser admitido em programa de substituição com metadona: “(...) *numa primeira consulta habitualmente, recolhe-se a história clínica, tenta-se perceber quais são os objetivos do doente, a motivação e depois é que se opta por um ou outro tratamento, alias é sempre assim (...)*” (P11).

No que à segunda subcategoria apresentada diz respeito, foram analisados os objetivos do programa. Segundo os profissionais entrevistados, os objetivos passam por uma reinserção social: “*Tirar as pessoas da rua; poder melhorar alguma coisa na relação dos utentes com as famílias, baixar a criminalidade; manter os utentes em consulta (...)*” (P10); “(...) *poderá ser uma reintegração social, profissional, melhoria das relações familiares (...)*” (P11); “(...) *depois começar com outro tipo de abordagens, ao nível social, se existir necessidades ao nível social (...)*” (P12). Ainda, no ponto de vista da Médica/Psiquiatra e do Enfermeiro chefe, o principal objetivo do programa passa, essencialmente, pela paragem dos consumos de heroína: “*suspender os consumos de substâncias, esse é o prioritário, (...)*” (P11); “(...) *os grandes objetivos passam*

*essencialmente pela estabilização do doente (...) através do controlo dos consumos com o objetivo principal de terminar esses, (...) numa fase inicial (...) falamos mesmo em consumos de heroína, de opiáceos.” (P12).* Para além da reinserção social e da paragem definitiva do consumo de opiáceos, a promoção de tratamentos a doenças infecto contagiosas, e a diminuição de comportamentos criminosos e de risco são igualmente anunciadas como objetivos subjacentes do programa de substituição com metadona “(...) também... promover outro tipo de tratamentos, nomeadamente de doenças infecciosas, cessar atos, comportamentos delinquentiais, muitas vezes associados aos consumos (...)” (P11); “(...)ao nível clínico se existirem essas necessidades, ao nível psicológico, mental e emocional se existirem essas necessidades, depois varia de situação para situação. (...)” (P12).

Foi definido, na ótica do profissional entrevistado, o papel/função de cada uma das profissões apresentadas, no programa de substituição com metadona. O Assistente Social invoca o conceito de terapeuta, de modo a definir o seu papel: “(...) Fazer a diferença e cortar a relação que o indivíduo tem com a substância para que possa passar a ter uma relação (...) com a figura do terapeuta, sendo que nessa relação será possível operar alguma coisa no sentido da mudança do funcionamento mental dessa pessoa (...)” (P10). Este profissional foca a sua ação interventiva em três eixos, sendo o primeiro com a família dos utentes, indo ao encontro do que refere Molina (2007), quando advoga que é relevante que ocorra a envolvimento dos familiares do utente, de modo que sejam informados acerca de todos os procedimentos que o tratamento implique. O segundo incide na articulação com as entidades e o terceiro na realização de um trabalho de capacitação do utente para uma eventual reinserção social: “(...) tradicionalmente, (...) os assuntos sociais estão mais vocacionados para o atendimento às famílias, para a articulação com as entidades, com as instituições externas, portanto, as coisas estão viradas para um trabalho de parceria, mais viradas para o lado da reinserção e situar-me-ia aqui nestes três vetores (...)” (P10). A Médica/Psiquiatra defende adotar uma postura, geralmente, de “prescritora” (P11): “O meu papel é de prescritora (...) Porque é o médico que prescreve a metadona (...)” (P11), refere ainda, que realiza o encaminhamento dos utentes para os restantes serviços, desde consultas de psicologia, a consultas com o Assistente Social, caso se verifique necessário: “(...) um encaminhamento para uma consulta de psicologia, portanto prevendo um acompanhamento psicoterapêutico, e também há um encaminhamento para outro

*elemento... outro dos elementos da equipa que é o assistente social (...)*” (P11), refletindo, desta forma, acerca do papel do Assistente Social: “*(...) que faz (...) outro tipo de abordagem, (...) fica responsável pelo atendimento dos familiares do utente, em consultas de seguimento, (...) nós funcionamos (...) no modelo biopsicossocial (...) não nos limitamos a prescrever e a agir sob o ponto de vista biológico, há também todas as abordagens que complementam o tratamento*” (P11). Já o Enfermeiro chefe assume que o seu papel passa, essencialmente, por realizar a manutenção do programa de substituição com metadona, na medida em que a toma presencial é realizada na presença de um enfermeiro e os exames de urina para controlar os consumos de substâncias por parte dos utentes são efetivados pelos enfermeiros: “*Na manutenção do cumprimento daquilo que ficou definido pelo programa, (...) na pesquisa de substâncias através da urina, (...) na toma do medicamento que seja prescrito*”(P12), ainda, refere que tem um papel fundamental na educação para a saúde, pois informa os utentes acerca de diversos comportamentos de risco: “*Também a intervenção do enfermeiro fazer educação para a saúde, relacionada com comportamentos de risco, que possa ter, nomeadamente com consumos endovenosos, nomeadamente com práticas de sexo desprotegido ou outros comportamentos de risco(...)*”(P12).

Na mesma linha de raciocínio, revelou-se importante perceber a abordagem subjacente à intervenção de cada um dos profissionais entrevistados. Para o assistente social a abordagem depende da situação num panorama global, que poderá variar entre uma abordagem centrada no indivíduo, ou uma abordagem centrada na família e até mesmo uma abordagem centrada nas instituições: “*Depende (...) Pode haver situações em que está mais centrada na família, pode haver situações em que está mais centrada no individuo, pode haver situações em que está mais centrada nas instituições externas (...)* Qualquer utente tem um tipo de intervenção diferenciada, não há a mesma intervenção para duas pessoas. (...)” (P10). Já a médica/psiquiatra assume uma abordagem biomédica: “*A minha abordagem (...) será mais (...) a tal parcela biológica do tratamento, porque para além da avaliação da história clínica, psíquica, digamos assim, depois há também outras intervenções (...) o despiste de doenças infecciosas e o encaminhamento para a consulta de especialidade, caso seja necessário (...)*” (P11).

Segundo o enfermeiro chefe, a sua abordagem é sistemática, mencionando que poderá ser diferente para outros colegas, que possam proceder tendo como base uma abordagem biomédica: “*(...) eu sou mestre em saúde pública e por isso mesmo tenho*

*uma perspetiva muito sistémica desta doença (...) a abordagem é sistémica, mas outros colegas poderão fazer abordagens mais focadas na parte biomédica do doente (...)*” (P12).

### **6.2.3 - Categoria Analítica: - Avaliação do Programa de Substituição com Metadona e Ocorrência de Situações Imprevistas**

Para a análise da avaliação do programa, na ótica dos profissionais entrevistados, foi definida a categoria «Avaliação do programa de substituição com metadona e ocorrência de situações imprevistas», e duas subcategorias: «Vantagens e Constrangimentos associados ao tratamento», na vida do utente e na instituição e «Avaliação do programa e ocorrência de situações imprevistas».

Quando considerada a primeira subcategoria, foram registados relatos referentes ao indicador Vantagens/Benefícios do início do programa de substituição com metadona na vida do utente, que enfatizaram aspetos que medeiam entre a estabilização do utente e uma possível reinserção social e profissional: “*Os consumos diminuem, (...) se é uma pessoa que está integrada profissionalmente ou se tem uma atividade profissional, (...) estabilizar de certo modo, nessa atividade, melhorar um pouco a relação com a família, introduzir ali uma coisa, mais ou menos normativa (...)*” (P10); “*Estabiliza bastante o utente, (...) ajudar a que o doente se organize (...), no fundo vai colmatar a falta da substância, não há a necessidade, (...) da busca da substância que ocupava grande parte da vida destes utentes, portanto eles aí ficam, (...) libertos para se concentrarem, (...) noutros aspetos da sua vida (...)*” (P11); e: “*Essencialmente, (...) diminuir em grande parte, na sua maioria até terminar os consumos, (...) traz um choque com a realidade e com tudo aquilo que ficou destruído (...) E esta confrontação com o real é necessária para depois prosseguir todo o tratamento para a frente.*” (P12).

Foi possível, de igual forma, identificar vantagens/benefícios associados ao início do programa de substituição com metadona para a instituição, tendo s a médica/psiquiatra e o enfermeiro chefe identificado aspetos referentes a este tópico: “*(...) é mais uma arma terapêutica que nós temos, isso é uma vantagem enorme, é uma forma também de nos assegurarmos da continuidade do tratamento, na medida em que o doente tem consultas regulares, portanto, permite-nos de facto vigiar mais de perto o caso e acompanhar o doente.*” (P11); e: “*As vantagens para a Instituição? Eu acho que esta instituição existe*

*muito à custa deste tipo de programa, se estes programas não existissem a instituição teria de se reinventar (...)*” (P12).

Em relação ao indicador Desvantagens/Constrangimentos decorrentes do início do programa de substituição com metadona na vida do utente, um dos relatos argumentou tratar-se de substituir uma dependência por outra: *“A metadona, como eu disse desvantagens, digamos assim é mantermos uma dependência, a tal dependência que é medicamente controlada, mas não deixa de ser uma dependência (...)*” (P11). Outro relato salientou a questão de o utente ter de se deslocar, numa primeira fase, às instalações do CRI diariamente, isto é, apesar da medida ser reavaliada ao longo do programa a verdade é que no início, regra geral, todos os utentes são obrigados a realizar a toma presencial da metadona e realizar acompanhamento contínuo com a equipa técnica: *“É assim, a grande desvantagem a meu ver é (...) a obrigatoriedade que ele tem de fazer a toma presencial, isto é, (...) e isso, se de alguma forma para alguns utentes, pode ser um bom início de rotina e de estabilização para outros utentes até pode ser complicado (...)*” (P12).

Aspetos referentes às Desvantagens/Constrangimentos, do tratamento de substituição com metadona para a instituição, foram mencionados pelos três profissionais entrevistados. Segundo o Assistente Social, o tratamento de substituição com metadona traduz uma resposta que foi banalizada, no sentido de ser utilizada sem que passe por uma avaliação, como ditam as regras: *“(.) dou com alguém no serviço (...) que teve uma recaída e então aparece no serviço a pedir metadona ou outro substituto, é evidente que isso deve (...) carecer de uma avaliação prévia (...) eu penso que a resposta metadona se banalizou bastante, (...)*” (P10). Ainda, remete para o facto de esta resposta ser utilizada não numa ótica de tratamento efetivo, mas de gestão de pessoas cujo único beneficiário seria a saúde pública: *“(...) como alguém disse aqui no serviço, e eu concordo com isso, a metadona é uma coisa muito boa em termos de saúde pública em termos de tratamento é muito questionável (...)*” (P10). Já a Médica/Psiquiatra entrevistada assinala como desvantagem para a instituição, o risco a que a mesma é submetida em relação a possíveis assaltos: *“Desvantagens, a única que me ocorre, neste momento, é que de facto ficamos sujeitos a um risco maior de assalto, porque já aconteceu, neste serviço termos tido dois assaltos em que o produto que vinham roubar era precisamente a metadona.”* (P11). Na mesma linha de raciocínio, o enfermeiro chefe refere que a grande desvantagem para a instituição seria o risco de tráfico associado ao

mau uso da metadona: *“Eu acho que o grande constrangimento que existe em relação à metadona e à buprenorfina é efetivamente o risco de tráfico que existe associado ao mau uso deste medicamento ou destes medicamentos (...).” (P12).*

A avaliação tendo por base a segunda subcategoria, passou por analisar a Ocorrência de situações imprevistas referentes ao consumo de opiáceos e outras drogas em paralelo ao programa. Tendo como referência a Médica/Psiquiatra entrevistada, o consumo de substâncias ilícitas, nomeadamente heroína e cocaína, não são admissíveis, mas caso se verifique será necessário passar por uma reavaliação da situação do utente e um eventual ajuste das doses de metadona, pelo que se interpretou que a suspensão do tratamento não seria uma opção, revelando uma preocupação na resolução do problema aditivo do utente. Ainda, é de ressaltar que os utentes revelam consumos de cannabis em paralelo, apesar de que o Manual não consagra nenhum critério respetivamente a esta substância, segundo a Médica/Psiquiatra, não deixa de ser uma dependência que precise de atenção: *“Se revelarem temos que falar nas regras, isso implica, obrigatoriamente uma revisão dos objetivos e um ajuste, eventualmente, da dose, porque não é suposto, não é admissível, digamos assim, que o doente esteja a fazer o programa de metadona e fazer consumos em simultâneo. (...)” (P11).* Segundo o Enfermeiro chefe, os consumos de heroína em paralelo, não são identificados quando o utente está inserido em programa de substituição com metadona, assinalando, no entanto, a existência e o aumento do consumo de cocaína em paralelo: *“A esmagadora maioria dos nossos utentes não consome heroína, estando integrados em programa de metadona, (...) A cocaína há mais a consumir, houve um aumento nos últimos anos no consumo de cocaína (...)” (P12).*

Na mesma linha de raciocínio foi realizado o levantamento de Ocorrência de situações imprevistas referentes aos comportamentos de risco ao longo do programa. Tendo por base o exposto pela Médica/Psiquiatra, os comportamentos de risco estão associados ao consumo ativo de substâncias, pelo que sofre um decréscimo de ocorrências aquando da entrada em programa consequente da diminuição do consumo: *“Ao longo do tratamento diminuem os comportamentos de risco, alias um dos objetivos é esse. Comportamentos de risco esta população tem, mas sobretudo quando está a consumir substâncias, são substâncias que interferem na sua capacidade crítica (...)” (P11).* Já o Enfermeiro chefe faz referência a um fenómeno associado ao “vício do pico” (P12), que não corresponde à dependência face à substância, mas ao vício associado ao modo de introdução da substância, que vai de encontro ao que Barta (2012) refere, quando afirma

que a posse de dinheiro e a compra revelam ser um momento de incerteza, mas a preparação remete para o momento em que o indivíduo tem o produto e prepara-o para consumo, que dá lugar a um momento de tranquilidade e relaxamento, tornando-o viciante: “(...) os comportamentos de risco estão (...) associados ao consumo de drogas por via intravenosa (...) um fenómeno, (...) que é (...) “vício do pico”, (...) a dependência de todo o ritual e existem muitos utentes que acabam (...) por fazer injeção de água destilada, até mesmo de metadona, (...) só pelo “ritual do pico”” (P12).

Ainda, dentro da segunda subcategoria, procurou-se entender, tendo em consideração a opinião pessoal do profissional entrevistado se o programa pode ser considerado uma resposta efetiva. Neste sentido, o assistente social entrevistado considera que depende da situação em que cada utente está inserido, sendo que varia de caso para caso, ressaltando que apesar dos resultados não serem os expectáveis em determinado utente, a verdade é que o mesmo poderia encontrar-se numa situação pior num cenário em que não estivesse inserido em programa: “(...) Há casos em que se pode traduzir em benefícios na saúde em determinada pessoa, há casos em que seria expectável que pudesse correr um pouco melhor (...) talvez também seja verdade que se não estivessem em programa poderiam estar em situações bastante piores (...)” (P10). Para a Médica/Psiquiatra, o tratamento de substituição com metadona é considerado uma resposta efetiva, essencialmente, se for concretizado tendo como base o acompanhamento de uma equipa multidisciplinar: “Acredito (...) Até porque na minha experiência tenho alguns casos de sucesso, (...) nesta área, de facto nós temos que valorizar as pequenas vitórias, são momentos difíceis, com uma prevalência de recaídas grande (...) eu acredito neste programa (...) como eu comecei por dizer, nós funcionamos como uma equipa, com uma abordagem multidisciplinar (...)” (P11). Segundo o Enfermeiro chefe, o tratamento de substituição com metadona tem de ser considerado um dos pilares do tratamento face à problemática do utente, visto que o mesmo sofre de uma doença crónica o tratamento tem de ser efetuado de forma crónica, ressaltando que o mesmo tem de ser encarado como uma bengala num longo caminho que tem de ser percorrido para a recuperação e reinserção social do utente: “se partirmos do pressuposto ou do paradigma que a dependência (...), é vista como algo que pode ser crónico, então também temos de partir do pressuposto que estas pessoas terão de fazer uma medicação de forma crónica (...)” (P12).

Foi importante perceber se os profissionais entrevistados acreditavam no programa de substituição com metadona como uma resposta efetiva, pois segundo Vasconcelos (2000, p. 72) “Quando o terapeuta não acredita na possibilidade de o utente poder evoluir para a abstinência através dum programa de substituição, então as coisas vão seguramente correr mal”.

Numa perspetiva de avaliar o programa procurando realizar o levantamento de possíveis desafios ao mesmo, introduziu-se o indicador Desafios ao programa. Neste sentido, para o Assistente Social, o programa de substituição com metadona deve ser submetido a uma avaliação, de forma a entender qual o impacto que o mesmo está a ter na vida do utente que o integra, numa perspetiva de melhoria do mesmo e de adaptabilidade: “*De quando em vez eu acho que o programa deve ser avaliado, e quando digo avaliado, é justamente tentar perceber que reflexos e que impactos é que está a ter nas pessoas que o integram (...)*” (P10). Para a Médica/Psiquiatra o programa é de fácil acesso, sendo que o único desafio que se levanta seria de introduzir no mesmo utentes que trabalham fora do Concelho, dado que emerge a necessidade de realizar uma organização logística que implique outras entidades ou a entrega da metadona a outras pessoas, associada ao utente, que possam ser responsáveis de modo a supervisionar a toma diária do mesmo, devido à regra que impõe a toma presencial da metadona no início do programa: “*(...) mais complicado é gerir as ausências por razões de trabalho dos utentes, isso obriga-nos (...) a contactar outros serviços idênticos, de maneira a que o utente possa fazer lá as tomas seguidas, ou obriga-nos (...) a confiar a metadona a outras pessoas de maneira a que o doente não deixe de tomar durante o tempo que está ausente (...)*” (P11). Já o Enfermeiro chefe, não considera a existência de desafios por ser um programa estático e porque um desafio, na sua ótica, implica uma reformulação do programa: “*(...) se o serviço quer (...) ser apenas e só um serviço de tratamento, como as coisas estão hoje, não existem grande desafios por que os desafios é quando se quer fazer qualquer coisa de novo, o programa como existe hoje é um programa reconhecido a nível internacional como sendo um programa eficaz (...)*” (P12).

## Conclusões

A possibilidade de realizar um estágio ao abrigo do Mestrado, no CRI de Coimbra, revelou-se uma experiência extremamente enriquecedora, tanto a nível profissional e académico, como a nível pessoal, pois o desenvolvimento de atividades diversificadas, efetivadas com intensidade, envolvimento e troca de conhecimentos, fomentaram o desenvolvimento pessoal e profissional.

Em relação ao estudo desenvolvido e na sequência dos resultados apurados, vários são os aspetos que carecem de ser assinalados. Neste sentido, foi possível concluir, relativamente à caracterização sociodemográfica dos utentes e em resposta ao objetivo específico *caraterizar os participantes do estudo* que os mesmos são pessoas adultas, maioritariamente do género masculino, “empobrecidos” a nível profissional, com um historial de saúde laminado pela vida de consumos intravenosos e que já estão inseridos em programa de substituição com metadona há longo tempo. Quanto à caracterização da Equipa técnica, a mesma reúne profissionais da área do Serviço Social, Enfermagem e Medicina, com idades compreendidas entre os 35 e 58.

Acerca do objetivo específico: *percecionar elementos relativos ao percurso de vida e rede social dos utentes*, o estudo evidenciou que os utentes lidaram com sucessivas perdas ao longo da vida e que revelam dificuldades em conseguir trabalhar as suas emoções, pois ficam presos àqueles que foram identificados como episódios negativos que ocorreram ao longo da vida. Relativamente às relações familiares e interpessoais é de realçar que existe uma correlação entre o tempo de permanência em tratamento de substituição com metadona e as relações interpessoais, na medida em que os utentes que assinalaram mais tempo no programa são os mesmo que detêm relações interpessoais e familiares positivas e os utentes que assinalaram menos tempo no programa são os que, regra geral, detêm as relações familiares e interpessoais consideradas como negativas.

Em relação ao objetivo *compreender a relação dos utentes com as SPA*, o estudo constatou que apesar de não existir qualquer tipo de relação entre os utentes e a substância de eleição (à data da entrevista), a verdade é que a mesma ocupou um lugar central na vida dos utentes entrevistados. Ainda que a SPA só lhes tenha proporcionado consequências negativas, os utentes mantiveram os consumos, até se dar um ponto de rutura, que ditou a impossibilidade de continuarem a viver tanto física como

psicologicamente enquadrados naquele estilo de vida, e suscitou a adesão ao programa de substituição com metadona.

O objetivo orientado para *compreender a dinâmica subjacente ao Tratamento de Substituição com Metadona e as percepções acerca do recurso a esta opção*, foi prosseguido no estudo, o qual conclui, a este respeito, que o programa de substituição com metadona é uma resposta acessível a todos os utentes que cumpram com os requisitos consagrados no Manual elaborado pelo IDT e que tenham disponibilidade e vontade de ingressar em programa de substituição com metadona. Ainda, as percepções em relação às regras do programa, tendo em conta a ótica dos utentes, são maioritariamente positivas, porém existem controvérsias em relação à “facilidade” do mesmo, pois alguns utentes referem que as regras do programa são pouco rígidas, na medida em que permitem que o tratamento seja utilizado como “tapa-buracos” (U7), ou seja, como forma de evitar a abstinência face ao consumo de heroína.

A par, *compreender aspetos de vantagens (melhorias/benefícios) e constrangimentos decorrentes do tratamento de substituição com Metadona, face à problemática dos comportamentos aditivos e toxicodependências (i.e., em relação aos indivíduos e à intervenção/finalidade do programa)*, traduziu um outro objetivo da investigação, a qual concluiu que as vantagens do programa de substituição com metadona são inúmeras, tanto os utentes como os profissionais entrevistados identificaram com facilidade diversas vantagens associadas ao programa na vida do utente, sendo que a maioria considerou ser a estabilização do indivíduo, a principal vantagem, pois permite abrir portas para iniciar um tratamento terapêutico com vista à reorganização social do indivíduo. No que concerne às vantagens para a instituição, concluiu-se que o tratamento é “mais uma arma terapêutica” (P11) na luta contra a dependência face à problemática da toxicodependência. Como desvantagens, a principal, assinalada, remete para a ideia de que se assiste à transferência de uma dependência para outra. Ainda, foi possível concluir que apesar de os utentes não assinalarem consumos de heroína, o que revela a eficácia do programa de substituição com metadona, no que concerne à redução e conseqüente paragem de consumo de heroína, os mesmos mantêm o consumo de cocaína e de cannabis, evidenciando, de igual forma, a dependência face a uma substância. Esta questão, acaba por colocar em questão o tratamento de substituição com metadona em relação à sua eficácia plena face à problemática das dependências do utente, visto que apesar de ser eficaz face a uma substância, não revela ser eficaz na

paragem dos consumos em geral, dado que os indivíduos procuram consumir de igual forma outras substâncias, como é o caso da cocaína e da canábis.

Por fim, remetendo a fins específicos, procurou-se *compreender o papel do Serviço Social no âmbito do processo de tratamento de substituição com metadona*. Como o estudo apurou, o Assistente Social tem um papel a desempenhar de relevância no campo da reinserção social do utente inserido em programa de substituição. Fundamentalmente, a sua intervenção desenvolve-se em três eixos distintos, dos quais: a intervenção com a família dos utentes; a articulação com as outras entidades e a realização de um trabalho de capacitação com o utente de forma a facilitar a reinserção social. No que diz respeito à abordagem subjacente à intervenção do assistente social, resulta do estudo, que este profissional adapta a sua abordagem consoante a situação problema, podendo privilegiar uma abordagem mais centrada no indivíduo, nas instituições ou na família, sendo que comumente concilia na sua prática estes vários enfoques.

De um modo global, a intervenção do Serviço Social no Centro de respostas Integradas de Coimbra assume responsabilidades e centralidade na área da reinserção, da redução de riscos e minimização de danos, na prevenção e na investigação. Tal operacionaliza-se por via, quer da sua intervenção individual, como através da sua intervenção de nível institucional e comunitária.

Acerca do tratamento de substituição com metadona, a investigação destacou que o mesmo reúne a vantagem de ser de fácil acesso, sendo criticado pelo facto de ter regras pouco restritas, que se mostram fracamente penalizadoras de quem não as cumpre. Concluiu-se, de igual modo, que o acompanhamento da equipa técnica é assumido como crucial, que os utentes consideram que as pessoas que os rodeiam têm uma opinião negativa acerca do tratamento de substituição com metadona, sendo a forma como os utentes pensam que são vistos pelos outros, um fator crucial para o resultado do tratamento. Aqui, a intervenção da equipa técnica revela-se decisiva, para desmistificar essa construção, muitas vezes idealizada pelo utente. Neste âmbito, quando é alcançada a estabilização do utente, os serviços disponibilizados, tanto a nível social como psicológico carecem de ser mobilizados para poder, de certa forma, capacitar o indivíduo a reorganizar a sua vida a todos os níveis (laboral, profissional, académico, familiar). Na medida em que o tratamento não pode ser limitado à estabilização dos consumos, pois o foco tem de ser o de reorganizar uma vida inteira que foi deixada para trás, o papel do serviço social reveste neste processo um cariz de essencialidade, não podendo, contudo,

deixar de se salientar que o acompanhamento realizado por uma equipa multidisciplinar, adquire destacada importância na área da intervenção face a problemáticas advindas do uso de SPA.

Em termos de limitações associados ao estudo ressaltam-se sobretudo constrangimentos associados à realização das entrevistas por não comparência dos utentes na instituição, mesmo com marcação, situação esta que obrigou a várias insistências, para que as entrevistas pudessem ser realizadas, tendo a equipa do CRI sendo decisiva para viabilizar esta proximidade. Por outro lado, também alguma demora na nossa produção escrita da monografia, obrigou em determinados pontos da mesma, a ressaltar que os dados relatados se circunscrevem ao período temporal em que o estágio ocorreu.

Em jeito de proposta para trabalhos futuros, e porque do estudo ressaltam relatos que focalizam o acompanhamento e a necessidade do mesmo se mostrar mais efetivo e prolongado, sugere-se como pista de investigação futura, perceber os contornos assim como os desafios que se colocam às equipas multidisciplinares, no que concerne ao tratamento e acompanhamento dos utentes consumidores de SPA.

## Bibliografia

- Abal, Y. S., & Gugelmin, S. A. (2018). A redução de danos nas cenas abertas de uso de crack e outras drogas ilegalizadas: A perspectiva dos trabalhadores da saúde. *Revista do departamento de ciências sociais–PUC Minas*, (1), 24-43.
- Aires, L. (2015). *Paradigma Qualitativo e Práticas de Investigação Educacional*. Universidade Aberta.
- Albertson, T. E., Derlet, R. W., & Van Hoozen, B. E. (1999). Methamphetamine and the expanding complications of amphetamines. *The Western Journal of Medicine*, 170(4), 214–219.
- Albuquerque, C., Almeida, H., & Santos, C. (2013). *Serviço Social - Mutações e desafios*. Edições: Imprensa da Universidade de Coimbra. file:///C:/Users/patri/Downloads/servi\_o\_social\_artigo1.pdf
- Andrade, M. (2001). Campo de intervenção do serviço social: autonomias e heteronomias do agir. *Universidades Lusíada*, 217-232. <https://doi.org/10.34628/0tg5-sc61>
- ARSC. (2014). *CRI de Coimbra: Boletim de Outono*. <https://livrozilla.com/doc/1489694/cri-de-coimbra-administra%C3%A7%C3%A3o-regional-de-sa%C3%BAde-do-centro>
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*.
- Barta, B. (2012). *Vivências do Corpo no Toxicodependente* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/23283/1/Monografia%20Final.pdf>
- Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Becoña, E. (1999). Bases Teóricas que Sustentam os Programas de Prevenção. Plan Nacional de Drogas. *Universidade de Santiago de Compostela*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/bases.pdf>
- Becoña, E. (2002). Bases Científicas de La Prevención de Las Dependencias. Plan Nacional de Drogas. Ministério del Interior: *Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. <https://sgmd.nute.ufsc.br/content/sgmd-resources-conselheiros/ebook/medias/pdf/bases-cientificas-de-la%20prevencion-BECONA.pdf>
- Brinca, J. (2017). *O serviço Social em equipas de rua com consumidores de substâncias*

- psicoativas: Modelo(s) de Prática(s)*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].  
[https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14846/1/tese%20doutoramento\\_final.pdf](https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/14846/1/tese%20doutoramento_final.pdf)
- Coutinho, C. (2014). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática*. Edições Almedina.
- DICAD. (2021). Relatório de Atividade: Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. [https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2022/07/DICAD\\_RA\\_2021.pdf](https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2022/07/DICAD_RA_2021.pdf)
- Escohotado, A. (1998). Historia general de las drogas. *Alianza Editorial, S.A.*
- Fernandes, L. de. (1990). *Os pós-modernos ou a cidade, o sector juvenil e as drogas: estudo teórico-metodológico e pesquisa de terreno*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15119/2/44455.pdf>
- Fernandes, S. de. (2007). *As Perdas na Toxicodependência* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. <https://core.ac.uk/download/pdf/49288107.pdf>
- Fonte, C. (2007a). Comportamentos aditivos: conceito de droga, classificações de drogas e tipos de consumo. *Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 104–112.
- Fonte, C. (2007b). O Consumo de Drogas e os Comportamentos Aditivos: Alguns modelos Teóricos – Explicativos. *Revista Da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 4, 238–250.
- Freitas-Magalhães, M., & Ekman, P. (2008). Expressão Facial: O reconhecimento das emoções básicas em dependentes de heroína. *Revista Da Faculdade de Ciências Da Saúde*, 296–301.
- Gago, N. de. (2013). *Implementação de uma intervenção Psicossocial em Indivíduos Toxicodependentes. A Importância da Vinculação e do Suporte Social* [Dissertação de Mestrado, Universidade Portucalense]. <http://repositorio.uportu.pt/jspui/bitstream/11328/641/1/TMPS%2021.pdf>
- Guimarães, R., & Fleming, M. (2009). Dor que Consome. Para uma compreensão da Dor Mental na Toxicodependência. *Toxicodependências*, 15(2), 3–12.
- ISS, I.P. (2022). GUIA PRÁTICO - ATENDIMENTO AÇÃO SOCIAL. *Instituto da Segurança Social*, 1-7 <https://www.seg->

social.pt/documents/10152/26121/atendimento\_acao\_social/8688698b-1b0a-4ed3-b6d0-9b1b0c75f93d

- Larocca, P., Rosso, A., & Souza, A. (2005). A formulação dos objetivos de pesquisa na pós-graduação em Educação: Uma discussão necessária, 2, 118-133.
- Madoz-Gúrpide, A., Sais-Amorim, A., Baca-García, E., & Ochoa, E. (2001). Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 29(4), 221–227.
- Magalhães, M. (2008). Perspectivas psicodinâmicas no tratamento do toxicodependente. *Revista Toxicodependências*, 14 (3), 67-68. [https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/98/art07\\_vol14\\_N3.pdf](https://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/98/art07_vol14_N3.pdf)
- Marconi, M.A., & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5nd ed.). Edições Atlas.
- Martinelli, L. (2003). *Serviço Social na área da saúde: uma relação histórica*, 28, 9-18.
- Melo, R. (1998). Um espelho inconveniente. *Toxicodependências*, 4(3), 75–80.
- Mendes, J. A. F. de. (2015). *Vivência familiar e personalidade em toxicodependentes* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/29637/1/Tese%20de%20Mestrado%20Jo%20c3%a3o%20M%20Vers%c3%a3o%20Final.pdf>
- Mendonça, A. R. (1996). “Relações Viciadas” - Contributos para a compreensão da toxicodependência. *Toxicodependências*, 2(3), 29–38.
- Minayo, M. (2001). *Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade* (18nd ed.). Vozes. [https://www.faed.udesc.br/arquivos/id\\_submenu/1428/minayo\\_\\_2001.pdf](https://www.faed.udesc.br/arquivos/id_submenu/1428/minayo__2001.pdf)
- Molina, J. (2007). *Comparación de un programa libre de drogas y uno de mantenimiento com metadona en adictos a opiáceos*, 16, 361-373.
- Monteiro, J. de. (2013). *DO LIMIAR AO PÓ: PERSPETIVAS SOBRE O PERCURSO NACIONAL DAS DROGAS* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto]. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/69130/2/29912.pdf>
- Negreiros, J. (1994). *Theoretical orientations in drug abuse prevention research. Drugs: education, prevention and policy*, 1(2), 135-142.
- Nogueira, G. R. V. (2020). *Guerra contra as drogas: os efeitos do proibicionismo e a construção do criminoso*.

- Ocampo, J. H., & Gómez, M. L. (2017). Complicaciones del uso de la heroína parenteral: artículo de revisión. *Medicina UPB*, 36(2), 146–152.
- OEDT, (2019). *Relatório Europeu sobre Drogas: Tendências e evoluções*. file:///C:/Users/patri/Downloads/20191724\_TDAT19001PTN\_PDF.pdf
- OEDT, (2020). *Relatório Europeu sobre Drogas: Questões-Chave*. file:///C:/Users/patri/Downloads/TD0420439PTN.pdf
- Oliveira, E., & Ferreira, P. (2014). *Método de Investigação: Da Interrogação à Descoberta Científica*. Porto, Vida Económica.
- Petratis, J., Flay, B.R., & Miller, T. Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, (1)117, 67-86.
- Poiars, C. (1999). Contribuição para uma análise histórica da droga. *Revista Toxicodependências*, 1, 3–12.
- Porto Editora – Hipócrates na Infopédia Porto Editora. [https://www.infopedia.pt/\\$hipocrates](https://www.infopedia.pt/$hipocrates)
- Püschel, V. C., & Chaves, E. (2005). Modelos clínicos e psicossocial de atenção ao indivíduo e à família na assistência domiciliar - bases conceituais. *Esc Enferm USP*, 40(2), 261-268. <https://www.scielo.br/j/reensp/a/rrnhV5JW85ZVDxCb9kwqHYL/?format=pdf&lang=pt>
- Robertis, C. (2006). *Metodología de la intervención en trabajo social* (1nd ed.). Editorial Distribuidora Lumen SRL.
- Rodrigues, L. (2006). *Controle penal sobre as drogas ilícitas: o impacto do proibicionismo no sistema penal e na sociedade*. [Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo]. <https://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/355.pdf>
- Santos, A., Calado, Á., Coxo, D., Trindade, M., & Parente, M. (2011). Co-morbilidade psicopatológica numa população toxicodependente do Alentejo. *Toxicodependências*, 17(1), 33–41.
- Santos, M. (2009). *O Discurso Histórico sobre o Serviço Social em Portugal*. Universidade Católica Editora.
- Seno, P. (2012). *Sistema de Atendimento e Acompanhamento Integrado dirigido à população toxicodependente: uma prática do Serviço Social*. [Dissertação de

- Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. <https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/6160>
- Sequeira, J. (2003). *As Origens Psicológicas da Toxicomania*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/916>
- Sherratt, A., Goodman, J., & Lovejoy, P. E. (1995). *Consuming habits: drugs in history and anthropology*. Routledge.
- Shirley, S. (2004). *Nós e a Metadona: Atitudes e Crenças dos profissionais de Saúde face ao Tratamento de Manutenção com Metadona (MMT)* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. <https://www.proquest.com/openview/7f43a878067da8a013b87f28fe367630/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>
- Shneidman, E. (2010). Conceptual Contribution: The Psychological Pain Assessment Scale. *American Association Suicidology*, 287–294.
- SICAD. (2013). *Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020, número 6*. Lisboa Edições.
- SICAD. (2020). *Centro de Repostas Integradas de Coimbra: Diagnóstico do Território Cidade de Coimbra*.
- Silva, A. (2014). *Da Mediatização do Fenómeno das Smart Drugs ao Perfil dos Consumidores: Um Estudo Exploratório* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida]. <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3758/1/18129.pdf>
- Silva, A., & Fossá, M. (2015). Análise de Conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Revista eletrónica*. 17(1)
- Silveira, D. X., & Doering-Silveira, E. B. (2006). Substâncias Psicoativas e seus Efeitos. *Eixo Políticas e Fundamentos*, 1–24.
- Sousa, S. de. (2020). *Literacia do Serviço Social na Saúde* [Dissertação de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21252/1/master\\_sofia\\_albuquerque\\_sousa.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/21252/1/master_sofia_albuquerque_sousa.pdf)
- Tavares, A. (2018). *Prevenção do consumo de substâncias nos adolescentes. A intervenção em contexto escolar: Validação de um programa preventivo*.
- Torres, N., Chagas, T., & Ribeiro, J. (2008). Dependência emocional e consumo de substâncias psicoativas: Um estudo correlacional a partir da teoria dos grupos de

- pressuposto básico de W. R. Bion. *Revista Toxicodependências*, 14(3), 35–48.
- Vala, J. (1990). A análise de conteúdo. In A. Silva & J. Pinto (Orgs.), *Metodologia das Ciências Sociais*. Edições Afrontamento.
- Vasconcelos, L. A. (2003). Heroína e agência: itinerários de uso da droga na Lisboa dos anos 90. *Etnográfica*, VII (2), 369–401.
- WHO. (2010). *Lexicon of alcohol and drug terms*. Geneva. World Health Organization.
- WHO (1994)  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

## **Apêndices**

### **Apêndice 1 – Guião de Entrevista Semiestruturada aos Utentes**

#### **Elementos de caracterização sociodemográfica e de natureza clínica**

- Idade
- Género
- Estado civil
- Concelho de residência
- Composição do agregado familiar
- Habilitações literárias
- Profissão/Ocupação
- Principal fonte de rendimento
- Diagnóstico clínico (historial de problemas de saúde ao longo da vida; problemas de saúde atuais e influenciados pelo consumo)
- Tempo de permanência em Programa de Substituição com Metadona
- Período de abstinência

#### **Elementos referentes ao percurso de vida e rede social dos utentes**

- Identificação de três episódios de vida, relevantes, de natureza positiva e/ou negativa (perdas, mudanças, conflitos familiares traumáticos...) e período de ocorrência (antes ou depois do início dos consumos)
- Relação com a família, em termos de proximidade e distanciamento (elementos da família com os quais mantém mais proximidade e maior distanciamento, avaliação da importância e a relação com estes parentes)
- Importância da rede de relações interpessoais (pessoas, que considera importantes na sua vida, porquê e a que níveis)

#### **Relação com a substância**

- Fatores/razões que influenciaram o início do consumo e a sua continuidade (influência de amigos que consumiam, não ter emprego/ocupação ...)
- Substâncias consumidas ao longo da vida (tipologia, datas de início de consumos)
- Dependência face à substância (momento em que os consumos de heroína se tornaram crónicos)
- Consequências do consumo de heroína (relações interpessoais, saúde, situação económica, laboral)
- Sensações aquando do consumo inicial e consumos subsequentes de heroína

### **Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição**

- Razões para iniciar a toma da metadona e “tipo de toma”
- Conhecimento em relação ao Programa (informação que dispunha do programa, onde foi obtida)
- Opinião da família/rede social próxima acerca da metadona e tratamento (ótica do utente)
- Acompanhamento da equipa técnica (manutenção ou não de acompanhamento, com que técnicos; utilidade/importância do acompanhamento...)

### **Vantagens e Constrangimentos do Tratamento**

- Benefícios e alterações decorrentes do início da toma de metadona
- Desvantagens e alterações decorrentes do início da toma de metadona
- Avaliação do programa e em relação à ocorrência de situações imprevistas (consumos de opiáceos em paralelo, recaídas ao longo do tratamento, comportamentos de risco ao longo do tratamento...)
- Expetativas em relação ao futuro/objetivos a alcançar com o tratamento

## **Apêndice 2 – Guião de Entrevista Semiestruturada à Equipa Técnica**

### **Elementos de caracterização**

- Idade
- Género
- Habilitações Literárias
- Profissão e cargo
- Tempo de atividade profissional na área

### **Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição**

- Objetivos do Programa de Tratamento de Manutenção com Metadona
- Critérios para adesão ao programa de Tratamento de Substituição com Metadona
- Razões que levam os utentes a iniciar a toma da metadona
- Processo interventivo associado à admissão no tratamento (níveis de intervenção)
- Papel/Função da equipa nos processos
- Abordagem subjacente à intervenção
- Tipologia de intervenção com indivíduos inseridos no Programa que apresentem um diagnóstico de comorbidade

### **Vantagens e Constrangimentos**

- Benefícios e alterações para os utentes decorrentes do início da toma de metadona
- Desvantagens e alterações para os utentes decorrentes do início da toma de metadona,
- Vantagens do programa para a Instituição
- Constrangimentos do programa para a Instituição
- Avaliação do Programa quanto ao alcance dos objetivos e à ocorrência de situações imprevistas (consumos de opiáceos em paralelo, recaídas ao longo do tratamento, comportamentos de risco ao longo do tratamento...)
- Desafios ao programa

### Apêndice 3 – Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação na Investigação

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

**Título do Estudo: Comportamentos Aditivos e Toxicodependências: Percepções Acerca do Tratamento de Substituição com Metadona**

**Mestranda:** Katherin Patrícia Figueira Sandoval

**Supervisora na FPCE-UC:** Professora Doutora Maria Helena Gomes dos Reis Amaro da Luz

**Orientador no CRI:** Dr. José Carlos Mano Dias

A presente entrevista insere-se no âmbito do estudo acima referido, o qual está integrado no Estágio associado ao Mestrado em Serviço Social da Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação da Universidade de Coimbra, tendo como objetivo central compreender as percepções existentes acerca da Metadona, como tratamento de substituição utilizado em utentes do CRI de Coimbra, na ótica dos utentes e da equipa técnica.

Declaro que compreendi o âmbito e objetivos do estudo, os quais me foram explicados, bem como os procedimentos a serem realizados para a realização do mesmo. Sei que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, no decurso da entrevista, sem que essa decisão se reflita em qualquer prejuízo para o mim.

Declaro ainda que fui informado(a) sobre a importância de registar a entrevista e autorizo a sua gravação para efeitos da inscrição dos meus depoimentos no estudo e para fins de produção científica, tendo-me sido garantido o anonimato, no referido estudo.

Assinatura do participante:

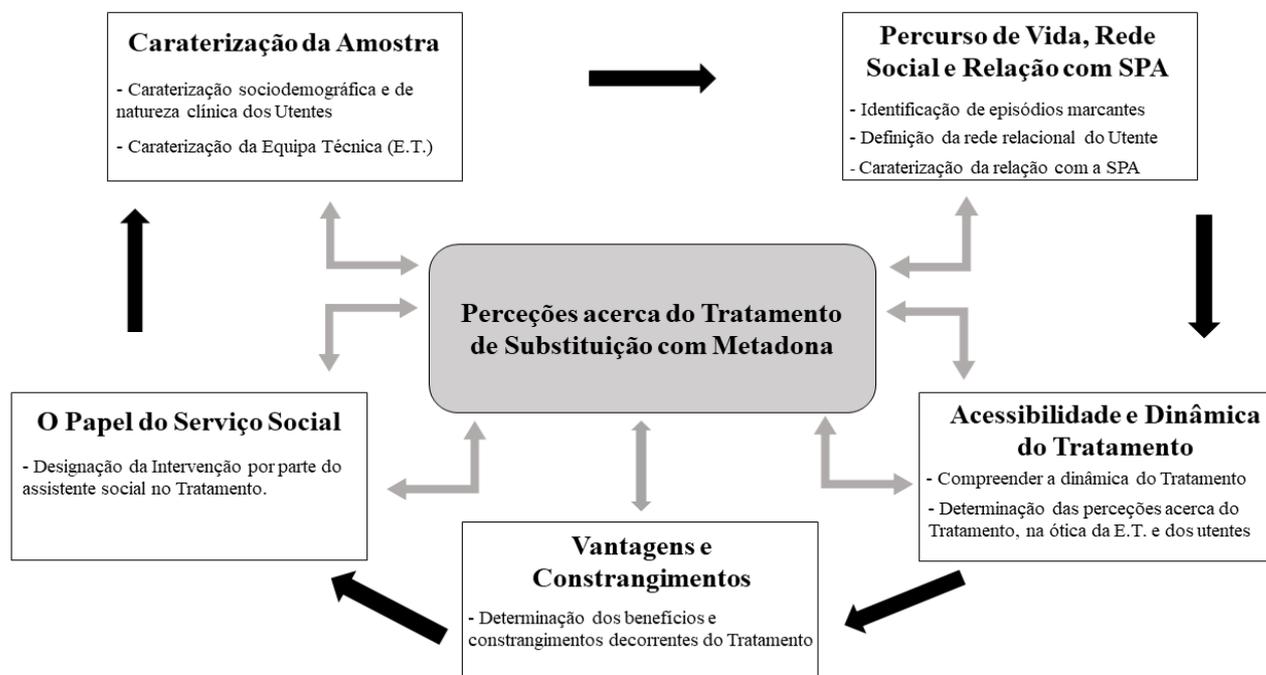
---

Assinatura da mestranda

---

Coimbra, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Apêndice 4 – Modelo de Análise



## Apêndice 5 – Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Utentes

Utentes				
Categories	Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo	Unidades de contexto
Percurso de vida e rede social do utente	Percurso de Vida	Episódios relevantes de natureza negativa	Perdas	<p>“Portanto, talvez a morte do meu pai. (...) Eu costumo dizer que eu matei o meu pai. (...) quando eu passava noites que não ia a casa, ainda adolescente, e ele agarrava no carro e ia à minha procura, depois via-me com os drogados, via-me as seringas e aquelas coisas... foi muito abaixo. Foi um desgosto muito grande para ele. (...) Embora eu pense que quando a pessoa tem a consciência e tem remorsos daquilo que fez, acho que deve ser perdoada. Mas eu não consigo, eu digo “Pronto, já chega, já sofri demais, eu mereço ser perdoado”, mas eu não me consigo perdoar. Vêm-me sempre aquelas ideias que... aquilo que eu fiz... porque ele não merecia aquilo.” (U1).</p> <p>“A perda de familiares próximos (...) os meus avós faleceram e eu na altura eu tinha um estilo de vida que permitia ter algumas extravagâncias e...e nesse período da minha vida sem perceber como, agarrei-me à cocaína e à heroína com 11 anos e com 12 vim aqui.” (U2).</p> <p>“Olhe, a perda dos meus pais (...) eu fiquei com uma demência à pala da morte do meu pai e da minha mãe logo passado um mês (...)” (U3).</p> <p>“(...) foi a morte dos meus pais, também. Negativo mesmo. Ficou muito marcante.” (U7).</p> <p>“Olhe perder a minha namorada, quando tinha para aí 17 anos, já namorava com ela há 3 anos e pronto já estava habituado ao dia-a-dia com ela, pronto, é assim, isso é um momento impactante sim (...) Mais recentemente impactante foi o falecimento da minha mãe, pronto. (...) e ela também era o meu grande farol” (U9).</p>
			Conflitos	<p>“Outra, é ter um irmão aí dez anos mais novo que eu - mas parece mais velho. (...) também é um desgosto para mim que ele seja o meu pior inimigo. Ele é o meu pior inimigo.” (...), (...). Outra coisa foi a minha mãe dizer que cada vez que... cada vez que discutia comigo, dizer que não gostava de mim. Não era obrigada a gostar de mim. Não tinha culpa. Mas dizia isso com rancor, uma coisa... mesmo para me doer.” (U1).</p> <p>“(...) conflitos familiares a minha família não me aceitar por causa do meu passado, por eu ter sido toxicodependente” (U3).</p>

			<p>“(…) conflitos, já tive conflitos, mas agora já não tenho, mas já tive conflitos de pessoas a me quererem fazer mal, pois certas pessoas roubarem-me, pronto, por aí fora né?! (…)” (U4).</p>
		Abandono	<p>“O meu pai é que foi pai deles, eu só conheci o meu pai com sete anos, quando eu precisava do meu pai, o meu pai estava a alimentá-los a eles e hoje eles são ricos, graças ao meu pai, porque lhe apanharam tudo aquilo que lhe pertencia-me a mim, foram eles que apanharam tudo ao meu pai, está a ver a minha injustiça? O que é que eu sinto por dentro?” (U3).</p> <p>“Sabes, eu fui abandonado desde criança quando era assim nascido. Na altura foram por-me à casa de uma senhora que era ama, pronto, tomou conta de pessoas, crianças (… ) e prontos, eu fui parar a essa pessoa que os meus pais na altura abandonaram-me, depois foram-me meter à porta de uma senhora que essa tal ama que tou-lhe a falar.” (U4).</p>
		Separação	<p>“(…) a separação dos meus pais, isso foi o mais impactante podemos começar por aí, 12/13 anos, pronto depois tive essa (… ) os meus pais separaram-se, pronto, na altura eu era miúdo, pronto (…)” (U9).</p> <p>“a minha mãe separou-se do meu pai quando eu tinha 17 meses, era bebé, o meu pai bebia muito, era alcoólico e a minha mãe teve de se separar dele, depois fez um tratamento e tal, teve uns anos sem beber, nunca mais tocou em álcool e tal, só o conheci aos sete anos, a primeira vez que me apareceu, apareceu-me de mota e tal e eu até fugia dele, porque a minha mãe dizia para nunca me aproximar de ninguém estranho e tal e eu “coiso”, depois um dia ele falou com a professora, e tal, “Olhe eu sou o pai do ... e tal, eu queria visitá-lo, sou pai dele e depois só que ele foge (…)” (U3).</p>
		Prisão	<p>“Fui cumprir a pena de outra pessoa, mas também lá estava, mas para mim dava-me suspensa, porque eu estava no carro e o rapaz foi tentar assaltar o... [referiu o nome de um supermercado] e fiquei eu como o assaltante do... [referiu novamente o nome do sítio], e eu fiquei no carro porque tinha carta de condução... Pois, mas, ele ficou dado como se estivesse no carro, ou seja, levou só uma multa de não ter carta (...). também, já estive “preso” duas vezes..., mas a primeira vez foi preventiva (…)” (U5).</p>
		Dependência	<p>“(…) quando eu experimentei a primeira vez. Infelizmente, eu caí nesta malha não foi por querer, mas também não fui obrigado. Foi inocência, porque na altura não havia informação, não havia...” (U7).</p>

				“Acordei no hospital com o médico a agarrar-me a mão a dizer que eu estava a ter uma overdose, eu pensei que estava morto, ok?! Pronto porque eu quando comecei nestas coisas, naquele tempo não se falava em nada, e eu tinha quinze anos (...)” (U8).
		Episódios relevantes de natureza positiva	Independência	“Foi conseguir... desenrascar-me sozinho (...) através de restaurantes, trabalhar tipo... trabalhava de manhã num, trabalhava a noite noutro, que era para poder ter almoço e jantar e naquela altura eu era mais novo e tinha bastantes amigos, uma vez ia dormir a casa de um, outra vez ia dormindo a casa de outro (...)” (U5).
			Mérito	“Quando sai da cadeia ao meio da pena, por esforço próprio (...)” (U5).
			Casamento	“(...) sou casado, vou fazer (...) anos dia (...), a minha mulher é uma coisa que me marcou, também, mas mesmo, mesmo, mesmo!” (U8).
			Novos Membros na família	“(...) positivos, o nascimento do meu filho e... a independência dele em termos financeiros e em termos pessoais. Sim, foi. Foi mesmo. Foi o facto de um dia para o outro dei-me com um bebé de 3 meses na mão, sem mãe para lhe dar mama, com uma carrada de vícios na cabeça e decidi que tinha que parar com tudo para poder dar àquele bebé aquilo, que pelo menos uma parte daquilo que não me tinham dado né. E também evitar que ele tivesse contacto com aquilo que eu tive que me fez mal né. Acho que é isso...” (U2).  “A minha mulher engravidou com X anos, casamos com X anos, ela e teve o primeiro filho com X anos, isso é um episódio marcante, na minha vida!” (U8).  “Também nasceu o meu sobrinho, há uns sete anos, também é um momento impactante.” (U9).
Relações familiares e Interpessoais - avaliação da afinidade	Relações familiares	Relações familiares tidas como positivas	“Com uma filha. Portanto, eu separei-me (...). A mãe dela não é de cá (...), foi com a mãe (...), mas todos os meses, quer dizer, durante estes anos nunca a deixei. Portanto, ia lá todos os meses, ou vou lá todos meses. Uma coisa incrível. (...) Ah, bem... é muito importante mesmo. É a única coisa que eu tenho.” (U1).  “Em termos familiares será o meu filho, a minha companheira, o filho dela, o meu pai, a minha mãe, os meus tios... acho que tenho contacto com toda a gente, pelo menos em termos familiares falo com todos... (...) Pah... ao ponto que se qualquer um dia me faltasse ia ser, ia ser um episódio muito negativo da minha vida. Todos eles têm um impacto importante e acho que não ia conseguir lidar com a perda de nenhum deles, que é o maior medo que tenho né?!” (U2).	

				<p>“Com o meu irmão, com o mais novo, apesar de ele quando ele bebe uns copos tem “mau vinho” [risos] É!! (...) E tenho mais a minha mãe (...) Com a minha mãe, eu consigo falar com ela, apesar de ela pensar, muitas vezes, que o dinheiro é para a droga. (...) A minha madrinha e a minha avó, se precisar de alguma coisa, estão sempre em cima. A minha avó, as vezes pode não ter monetariamente se eu precisar, eu não estou a dizer para comprar droga nem nada, é tipo um euro ou dois, eu fumo tabaco, para comprar tabaco, ou qualquer coisa, porque recebe pensão do meu avô, e recebe uma reforma muito pequena. E a minha madrinha, que é tia direta, essa aí, qualquer coisa que aconteça, eu posso dizer “olha, andas... estas em casa? Tens carro? Estás disponível? Podes-me vir apanhar? Podes me levar a casa?” Ah! Isso ela sai logo e leva-me a casa.” (U5).</p> <p>“Tenho as minhas filhas, tenho os meus netos, tenho a minha mãe, tenho os meus irmãos, tenho tudo.” (U6).</p> <p>“Pronto, tenho agora com o meu filho mais novo agora e com o mais velho, tudo na boa e mais é com a minha mulher, vivo com ela todos os dias! (...) e com quem eu me dou melhor é com ela e com o irmão (...) é com eles mais, e com os meus filhos lógico, os meus filhos isso é a minha perdição, e agora a minha perdição seria darem-me um neto, ou ter um neto ou uma neta, pronto é isso! Está para breve!” (U8).</p> <p>Mais proximidade é a minha irmã, o meu pai e o meu sobrinho. (...) Uma boa relação, dentro dos limites, pronto, cada um com as suas diferenças, mais com a minha irmã, mais diferenças com a minha irmã, provavelmente. O meu pai, menos, mas as diferenças que são, também são importantes, pronto, nalgumas coisas na maneira de ser e tal, mas dou-me bem com os dois. O meu sobrinho, ainda estou a construir a relação com ele, às vezes melhor, outras pior, que ele não é fácil, eu também não e pronto. Uma boa relação. (U9).</p>
--	--	--	--	---

			<p>Relações familiares tidas como negativas</p>	<p>“Com os meus tios e com os meus primos, com a minha família toda, meu! (...) Epá é tão triste, eu sinto-me tão magoado, sabe o que é que me apetece as vezes? Desculpe eu dizer-lhe isto, mas.....não vale a pena eu dizer mais nada...” (U3).</p> <p>“(...) o meu irmão (...) não consegue falar comigo, o meu irmão mais velho, tipo, a minha mãe para lá ir à casa dele, eu não posso ir (...) porque uma vez, acho que lhe meti açúcar no fundo da cama [risos]. (...) O meu irmão mais velho é complicado” (U5).</p>
			<p>Relações familiares inexistentes</p>	<p>“Antigamente a minha família era muito mais unida. Mesmo. Primos, tios... eramos todos muito mais unidos. Agora estão-se a afastar mais. (...) Mesmo de mim. (...) Pela distância geográfica..., mas também pelos consumos, sim. Fui posto de parte.” (U1).</p> <p>“Não tenho ninguém.” (U7).</p>
		<p>Relações Interpessoais</p>	<p>Relações interpessoais tidas como positivas</p>	<p>“(...) tenho um conhecido. Há umas pessoas, de algum tempo para cá, em que tinha uma ideia que me estão a ajudar, moralmente, porque eu já os conheço há alguns anos e eles foram-se apercebendo da minha relação com a minha família, quem sou, quem não sou, o quê que eu faço, o quê que eu gosto mais e eles viram que eu estou num momento menos bom. Então, estão-me a ajudar bastante. (...) Às vezes penso que não tenho ninguém, mas eu depois penso neles.” (U1).</p> <p>“Tenho um amigo só (...) o meu amigo de infância. Crescemos juntos, vivemos juntos. (...) é o único amigo que eu considero amigo mesmo. Portanto nas horas más como nas boas,</p>

			<p>quando há dinheiro, quando não há, quando estamos bem, quando estamos mal, estamos juntos. Único, não existe mais.” (U2).</p> <p>“Sim, acho que tenho alguns amigos, acho que sim... (...) Fora da rede de consumos, também...” (U3).</p> <p>“A minha família agora são pessoas que eu conheço. Por exemplo, pessoas amigas, mas... pessoas das amizades né. Pessoas que eu conheça que me ajudam (...)” (U4).</p> <p>“Sim, os meus clientes, os meus amigos, os meus vizinhos, é tudo! Não tenho ninguém que possa ... são tudo amigos!” (U6).</p> <p>“Posso dizer o [nome da pessoa] que é um amigo que tenho, é importante, pronto, tem alguma importância, é um amigo próximo, mas também não é amigo, assim de há muito tempo, e isso pronto, é um amigo! Importante... talvez o [nome da pessoa], também, que esse já somos amigos há mais tempo, agora algumas desavenças com ele, a amizade já perdura há muito tempo, e as vezes é difícil, também ele tem uma maneira de ser muito difícil, é meu amigo, mas tem uma maneira de ser difícil, pronto, também tem uma vida complicada é mais velho que eu, vê a vida de outra maneira... diferente da minha, como é obvio, mas é mais ou menos isto.” (U9).</p>
		Relações interpessoais tidas como negativas	<p>“Existem muitos conhecidos, talvez uma duas, três centenas deles. Agora esses eu não considero meus amigos, esses são a tal rede que me permite fazer consumos e viver com eles...” (U2).</p> <p>“Arranjei uma namorada, só que é um bocado complicado, mas a rapariga que eu arranjei, prontos, os pais são contra. Nunca te aconteceu por exemplo ao arranjares um rapaz e depois a família dizer assim "não, não, não, eu não conheço aquela pessoa". Acontece... por exemplo, no meu caso tá a acontecer isso. Por exemplo, uma rapariga gosta de mim, portanto já se conhece há mais alguns anos, só que por exemplo os pais da rapariga não concordam que a gente namore, não sei (...)” (U4).</p>
		Relações interpessoais inexistentes	<p>“Agora, ninguém.” (U7).</p>

<b>Relação com as Substâncias</b>	Razões que influenciaram o início dos consumos	Razões	Curiosidade	<p>“Só por curiosidade e aventura. (...) Sim, porque eu tinha uma boa vida. Não me faltava nada.” (U1).</p> <p>“Foi a curiosidade, pronto, foi a curiosidade mesmo... (...) Porque eu gostei, eu gostei na altura, comecei a trabalhar, pronto não gostava de estudar, comecei a ter o meu dinheiro, dava metade à minha mãe, ela é que me sustentava, claro dava-lhe o dinheiro e tal mas depois gostava de sair à noite para a discoteca e tal e não sei que, e ia-lhe pedindo e tal, para sair à noite e tal e “coiso”, depois comecei-me a meter no mundo das drogas (...)” (U3).</p> <p>“(...) eu jogava futebol na altura. Um padrinho meu, que era mais velho (...) jogávamos na mesma equipa (...) no final dos jogos às vezes (...) fumávamos sempre um charro (...) passado um tempo ele começou a fumar isso (...) Depois a curiosidade (...)” (U7).</p>
			Sentimento de Grupo	<p>“Eu acho que foi um bocado... tinha um casal que consumia (...) e isso fez com que eu me agarrasse (...)” (U2).</p> <p>“Comecei porque, pronto, amigos, fumávamos. Pronto, a gente sentia que aquilo era bom, que ficávamos bem.. comecei por aí, dos doze até aos treze. Depois quando comecei a chegar aos trinta anos e tal depois comecei com a cocaína.” (U4).</p> <p>“Tinha uns 13/12 anos, mas é tipo, uma vez por ano, até aos 15 mais ou menos. Pronto naquela altura eramos pequenitos (...) Porque foi um colega meu que trouxe lá da escola, e não sei quê e experimentamos e depois só voltou a haver passado um ano. (...): Depois eu fui para a cidade, conheci novos amigos, uma coisa leva a outra, começamos a ir a festas de trance (...)” (U5).</p> <p>“o meu marido era toxicodependente e eu tomei a decisão de não o deixar e viver a vida como ele vivia, pus-me também na droga, pronto (...) Pronto, sei que foi um erro da minha parte, mas das duas uma, ou eu ficava sozinha ou ele sozinho, e então, foi o que foi” (U6).</p>
			Falta de Informação	<p>“não lhe poderia dizer com duas palavras, falta de informação! Eu meti-me porque quis, ninguém me apontou a pistola à cabeça como sabe... eramos novos (...)” (U8).</p>
			Influência	<p>“(...) e foi um bocado a influencia da minha irmã... Ela é que foi a verdadeira influente, se calhar não fez de propósito, mas..., mas pronto, mas fez e pronto, foi... essa é que foi a verdadeira influência, não foram os meus amigos, porque os meus amigos também depois</p>

				foram influenciados, eles não eram consumidores (...) lembro-me que a primeira vez que consumi, foi a minha irmã que me deu, pronto (...)" (U9).
Razões que influenciaram a continuidade dos consumos	Razões	Para voltar a sentir o que sentiu nas primeiras vezes	“(…) é que é uma droga muito gulosa e uma dose, passado um mês ou dois, já não dá, já tem que ser o dobro, vai-se aumentando. (...) Para sentir o que senti na primeira vez. (...) Porque experimentar a heroína, por exemplo, a heroína ou a cocaína, esse tipo de drogas, é para toda a vida. Portanto, a partir do momento em que somos doentes de opiáceos, digamos assim, é como viver um dia de cada vez. Portanto, eu conheço relatos e conheço pessoas que ao fim de quinze, vinte anos caíam. Ao fim de trinta anos caíam (...)" (U1).	“É claro que quando se consome qualquer droga né?! Tem-se aquela sensação de... não é de euforia porque a heroína não dá euforia, é uma sensação de bem-estar. É uma sensação de viver um bocado dos mundos, do sonho. É uma sensação de viver num sonho. E quando se consome entrasse nesse sonho e quando acaba o sonho entras num pesadelo que é a ressaca. E acho que o facto de querer manter-me nesse sonho potenciou a continuação do meu consumo. Acho que foi isso. Não estou a ver mais nenhuma razão (...) Quando eu fiz o primeiro aumento, tive que aumentar sempre cada vez que consumia (...) mas ao fim desses dois anos tive sempre que aumentar cada vez que consumia um bocadinho mais para sentir exatamente o mesmo.” (U2).
		Entrega	“Quando tive aquele tempo todo sem (...) cai num buraco outra vez, aí é que já foi mesmo uma estupidez minha, pronto, que eu experimentei e vi logo que não era nada parecido... (...) Se eu vou buscar (...) tenho que experimentar, do que levo, não é experimenta lá e toma lá, não! Experimento daqui que é aquilo que eu vou levar” (U8).	
		Gosto	“Porque eu gostei, eu gostei na altura (...)” (U3). “A partir daí, foi o gosto. Na altura a heroína era diferente de agora. Na altura a heroína... não vou dizer que era boa. Era saborosa. Sabia a caramelo, era tal e qual como se a gente estivesse a comer um caramelo (...) Na altura a gente fumava aquilo, sabia bem, era doce (...) Dava-me, despertava-me, dava-me uma sensação boa.” (U7).	
		Para se sentir normal	“Depois quando comecei abstinência já não, já era só... consumia era mesmo só para me manter normal, só para me tirar as dores, os espasmos, os espasmos musculares, os calafrios etc... é isso” (U3). “(…) foi para me sentir normal!” (U6). “Depois é para manter, a dor. Mais nada. Depois começa o pesadelo. A heroína, a sensação boa da heroína é os primeiros consumos. Primeira semana, segunda semana. Depois acaba.	

			<p>Depois já não tem prazer nenhum. Depois é um consumo obrigatório porque uma pessoa tem de consumir mesmo, porque não aguentar com dores. Não consegue andar, o organismo não respeita. Pronto, o organismo fica descontrolado, mesmo. Quanto mais a gente consome, mais o organismo descontrolado fica.” (U7).</p> <p>“mais para me sentir normal, não era para me sentir normal... era para me sentir menos mal... pronto, aquilo criava-me uma necessidade, embora eu não me sentisse bem com a substância com a sensação isso era obrigatório porque eu sentia-me pior sem ela (...) para me aguentar, ou seja, até aguentava fisicamente, mas psicologicamente não! Agora porquê, isso também não sei bem dizer... porque me sentia uma pessoa com capacidade, para largar, tanto que depois acabei por largar, mas não sei porque na altura não...” (U9).</p>
		Potencial económico	“oh... porque, olhe, porque, olhe havia dinheiro.” (U6).
		Tempo livre	“Fui burro! [risos] Fui burro, pronto simplesmente, que sabia onde estava me a meter e fui meter-me outra vez, que eu aí já tinha bastante conhecimento das coisas, fui burro, foi falta de não ter nada para fazer e pronto e toda a gente da minha família sabia, não tinha nada a esconder, e pronto, eu agarrava nas coisas e ia para casa e fazia em casa (...) ninguém me pôs obstáculos até eu pôr eu obstáculos a mim próprio (...)” (U8).
Uma vida de consumos	Substâncias consumidas ao longo da vida	Substâncias	<p>“Comecei por haxixe, depois foi a heroína, depois por cocaína e basicamente foram essas drogas...” (U1).</p> <p>“Olha... além de heroína e cocaína e Haxixe e THC, MDMA, MD, Metanfetamina, MA, MD, só MDA, LSD, Ketamina, sei lá o quê mais... Epá, eu acho que já experimentei tanta coisa que... em termos químicos, benzodiazepina... Pá, não sei mais...” (U2).</p> <p>“Acho que... acho que todas, acho que deve haver poucas que não devo ter consumido.” (U3).</p> <p>“Tudo! (...) Experimentei, algumas experimentei (...) até sementes naturais, alucinogénios naturais” (U5).</p> <p>“Foi só, foi só, heroína, né?! Mais nada.” (U6).</p> <p>“Só a heroína, a cocaína e haxixe.” (U7)</p>

				<p>“Eu não tenho como... não tenho como... não sei... (...) Tudo! (...)” (U8).</p> <p>“Canábis, Ecstasy, MDMA, Cocaína e Medicamentos (...) heroína! (...)” (U9).</p>
Olá, Heroína!	Início dos consumos/Início da dependência	Menor de Idade (<18)	<p>“Começou com o facto da dependência de heroína e cocaína aos 11 sim. (...) foi dos raros casos porque maior parte das pessoas começam por consumir drogas leves e depois é que passam para as drogas pesadas. Comigo foi ao contrário, eu comecei com as drogas pesadas e depois é que passei para as drogas leves (...) Começou por ser todas as quartas-feiras. Eu não tinha aulas da parte da tarde, então todas as quartas-feiras injetava-me com heroína. (...)” (U2).</p>	
		Maior de Idade (>18)	<p>“Ai, ai... já tinha, pronto, para aí uns vinte e dois anos mesmo. (...) Crónico mesmo. [risos] Eu riu-me porque... [risos] nós, por exemplo, drogados, não é? Não tínhamos dinheiro para comprar e eu riu-me agora porque nós fazíamos jogadas com as outras pessoas que iam lá comprar... ou seja, o quê que eu hei de dizer... nós tínhamos de nos desenrascar todos os dias aquela quantidade. Não podia faltar. Só o pensar, à noite, que no outro dia de manhã, não tinha para consumir, só aí já ficávamos bastante mal. (...) É uma vida... de escravo. De escravo.” (U1).</p> <p>“16/17 é que eu conheci a heroína e cocaína. Mas pronto, nessa altura fumava só esporadicamente, só de vez em quando, só de vez em quando, pronto, só me agarrei mesmo foi aos 21, aos 21 é que eu me agarrei mesmo sério, o que é que eu posso dizer?!” (U3).</p> <p>“A heroína comecei para aí aos trinta e tal por aí, quando a pessoa, quando a pessoa já está enterrada é mesmo até ao fim, até a perdição a pessoa, prontos, começa a consumir, chega a consumir até ao fim e depois quando vai ver já está agarrada.” (U4).</p> <p>“Na penitenciária (...) tinha 27 ou 28! (...) Foi na cadeia. Na cadeia é para passar o tempo, tipo uma pessoa não dá conta do tempo a passar. E ajuda, às vezes era medicações à noite, era sempre para a noite, porque o que custa mais lá é a dormir, uma pessoa não gasta energia, não é?! O que custa mesmo mais é deitar na cama e é dormir, se nós formos para lá bem, sem comprimidos, sem nada, ficamos até as 4/5 da manhã acordados na cama, a energia não é gasta.” (U5).</p>	
	Consequências do uso da heroína	Ansiedade	<p>“A única coisa que eu tive foi... qualquer pessoa que entre nessa, pronto, nessas vias, sofre sempre de ansiedade. Normalmente dorme-se mal. E normalmente nós, não é que seja todos, tomamos sempre um comprimido para a ansiedade, ou então para dormir, claro que pode também deixar mazelas maiores, não é? (...) Fiquei a sofrer de ansiedade.” (U1).</p>	

			Medo	Mas a heroína a mim mete-me mais medo, porque sofri muito, sei o que sofri. Dei cabo de tudo. Dei cabo da minha vida, dei cabo da vida dos meus pais, entre aspas, fiz sofrer muita gente com os desgostos e ganhei muito medo aquilo. (U7).
			Exclusão social	<p>“A heroína... fechou-me para o mundo, porque eu estive muito tempo retirado da família. Portanto, eles iam a uma festa ou a um lugar qualquer e ia a família toda e eu não ia... por vergonha. (...) Vergonha de mim. Por ser toxicod dependente, por ser drogado (...) As consequências da heroína foi... fizeram-me passar ao lado de uma grande vida. Quem anda nessa vida só pensa naquilo. Não pensa em mais nada. A vida é só a droga, é só aquilo. É só heroína, é só heroína (...) É uma vida... de escravo... de escravo.” (U1).</p> <p>“Epa... afastou-me de muitas pessoas” (U2).</p> <p>“Muito solitário, fechei-me mais, não é?! Mais dificuldade em me relacionar com os outros, não por não gostar de me dar com as pessoas, mas não sei, comecei-me a fechar com o consumo e fiquei e fiquei assim um bocado antissocial, não é?!” (U9).</p>
			Perda da essência	“(...) tornou-me agressivo, tornou-me numa pessoa completamente diferente daquela que eu vim a conhecer depois quando parei de consumir. Tanto que hoje em dia eu vejo-me quase como uma pessoa bipolar. Ou seja, tenho a minha personalidade e a minha forma de estar e de ser sem os consumos né e depois tenho aquela pessoa que vive com o vício e tenta controlá-lo todos os dias, um dia de cada vez (...)” (U2).
			Perda de Tempo	“Ou seja, perdi uma grande parte da minha adolescência e até de... sim, mas mais da minha adolescência, da minha infância, precisamente por causa do uso crónico da heroína e da cocaína e pior que isso acho que não havia nada, mas o impacto foi um impacto completamente destruidor” (U2).
			Perda da motivação	“Olhe, mau estar, muitíssimo mau aspeto, emagrecimento rápido, mau aspeto, sei la... olhe falta de higiene, desmazelo (...) não tomava banho, não nada. Pronto, tinha possibilidade de o fazer, mas não tinha vontade, a minha vida era acordar, ter dinheiro, comprar heroína, consumir e pronto e fumar, a minha vida era só aquilo e depois até perdi a motivação pelas discotecas (...) eu perdi a motivação.” (U3).

			Perda da rede interpessoal	“Acabei com a minha vida. Namorávamos já há bastantes anos, sempre tive a mesma namorada (...) eu via que não conseguia largar esta vida, estava a estragar a carreira dela (...) Tanto a nível profissional como a nível pessoal, a nível de casa e eu então acabei por... conversei, falei com ela, expliquei-lhe que eu já tinha feito dois tratamentos, não tinha resultado e na altura ainda éramos novos. Achava que não conseguia largar isto e preferi afastar-me dela. Foi uma dor muito grande. Enterrei-me muito. Levou-me a consumir o dobro para esquecer a maior parte, a mágoa que eu tinha. Porque era um namoro já desde... desde a secundária.” (U7).
			Dependência	“consequências, só, só, me trouxe, eu queria me livrar, mas não era capaz, pronto (...)” (U6).
		Descrição das sensações aquando do uso	Conforto	“A primeira vez que eu injetei heroína foi um calor enorme no corpo, por mais frio que tivesse foi um calor enorme, uma comichão no nariz horrível e ao mesmo tempo uma sensação de bem-estar como se tivesse a flutuar no espaço à minha volta, como se o meu próprio corpo tivesse a flutuar, ou seja, não sentia peso, ou seja, a minha perceção de gravidade, avariou completamente. A minha bússola norte sul avariou completamente. A minha própria personalidade eu até achava que era certo se tivesse assim toda a vida. Ou seja, achava que aquilo era eu próprio, que era eu mesmo, era o meu bem-estar (...)” (U2).
			Calma	“Da heroína, fiquei assim calmo, assim calmo (...) senti-me bem.” (U1).
			Autoconfiança	“Senti calores, aqueles calores, sentia-me autoconfiante, o que eu pensava, sentia-me mesmo como um herói, mesmo como um herói, a minha maneira de pensar, o que eu pensava estava tudo certo, tinha conclusões e soluções para tudo, nada me dava problema, qualquer problema que tivesse parece que tinha solução para tudo (...)” (U3).  “(...) dava uma sensação de euforia. E eu sempre fui um bocadinho preso, retardado. Eu... tinha um bocado de dificuldade de me exprimir, e a heroína quebrava-me essa barreira. Eu, depois de consumir, ia a tudo e a todas, e dizia tudo e todas, pronto.” (U7).

				<p>“Boa, boa, linda, pronto não quer dizer que vi o mundo todo colorido, não! Deu para expandir mais, uma pessoa abria-se mais, saíamos todos a rir lá de casa, a beber copos por aí fora, discotecas, dançar (...)” (U8).</p>
			Agradável	<p>“Quando consumia heroína, para mim foi bom. (...) Pois... foi bom porque a pessoa pode experimentar, mas passado um bocado "está é boa" prontos, agora vou dar nesta porque é boa, prontos, foi por aí...” (U4).</p>
			Má disposição	<p>“Vomitei, sim, vomitei, dei três “bafos” e disse “toma, pega, não quero mais”, [risos]” (U5).</p> <p>“Lembro! Senti assim uma espécie de um formigueiro e depois fiquei bué da maldisposto só queria vomitar, maldisposto, maldisposto, horrível! Foi mesmo assim, horrível! Como quando se está muita bêbado, e se diz nunca mais, para que é que eu bebi?” (U9).</p>
			Não tem memória	<p>“Não me lembro! Não me lembro!” (U6).</p>
		Tipologia do uso de heroína nas primeiras vezes	Fumada	<p>“A primeira vez foi fumada, claro (...) Foi. Foi porque passado algum tempo, porque depois chegou a uma altura que fumada não fazia nada (...) E então, eu passei a injetar, porque injetado o mínimo, pronto pode se consumir menos, mas manda logo direto, era mais eficaz e então já me aliviava a “ressaca” (U3).</p> <p>“Primeiro comecei a fumar e depois injetei. (...) Eu comecei por exemplo com a heroína por exemplo ao fumar... foi pouco tempo (...)” (U4).</p> <p>“nunca injetei, sempre foi fumada, sempre foi social, nunca foi fechado em casa, sozinho, não (...)” (U5).</p> <p>“(...) só fumada, nunca injetada” (U6).</p> <p>“(...) comecei por fumar muito ano. Mas muito ano (...) Então a vida económica é um declínio, é sempre a descer, e começou a faltar dinheiro, então a heroína injetada, o efeito durava mais tempo do que fumada. Como eu sempre trabalhei, para não ter de andar sempre a comprar, então eu optei por... eu nunca fumei durante os trabalhos, nunca consumia durante o trabalho. Consumia em casa, antes de sair de manhã e consumia à noite, quando chegava. Então foi a maneira que eu vi para aguentar-me durante o dia de trabalho todo sem ter que estar a consumir droga. E optei por começar, em vez de fumar, comecei a injetar.” (U7).</p>

				<p>“Foi fumada! (...) já numa parte final do consumo, fumava e também injetava, pronto era mais ou menos assim” (U9).</p>
			Injetada	<p>“Eu comecei, portanto... eu não tinha jeito para fumar... eu fazia da pior maneira porque há quem fumasse numa prata... eu como não tinha muito jeito para aquilo... eu, por causa doutra pessoa, que injetava, eu também comecei logo, praticamente do princípio a injetar. (...) Sim, foi. Quando experimentei, fumei. Mas quando comecei a consumir, praticamente, comecei a injetar.” (U1).</p> <p>“Injetada” (U2).</p> <p>“Injetada, na altura (...) Qual fumado?! Não sabíamos o que era fumar essas coisas (...)” (U8).</p>
<p><b>Acessibilidade e Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona</b></p>	<p>Acessibilidade do Programa de substituição com metadona</p>	<p>Tomada de Conhecimento</p>	Amigos/Conhecidos	<p>“Pois já há muito tempo, até por via dos meus amigos, já me falavam nisso, porque eu antes de tomar a metadona tomava subutex [(Buprenorfina)], só que o subutex, de forma incorreta, o subutex é um comprimido e então eu às vezes eu destilava-o e eu usava-o mal, está a ver?! (...) Pois! E por isso é que eu pedi para mudar para a metadona, está a ver?! Para tomar (...) para beber, exato. Se eu quisesse também podia injetar metadona, só que não quero e pronto e é perigoso, e uma pessoa corre riscos de saúde e eu optei pela metadona ((...) pouco e pouco vai reduzindo, vai reduzindo até que pronto (...)” (U3).</p> <p>“Pessoas que me disseram que havia a metadona, disseram que a pessoa era ajudada (...) foi por aí. (...) Foram pessoas que me chegavam e diziam "opa não queres fazer o programa da metadona como estás agarrado à heroína, não sei quê"... Opa, posso experimentar. Tentei, pronto, experimentei. Prontos, dava-me bem” (U4).</p> <p>“Através dos amigos, através da cadeia, através de panfletos e também crescemos numa altura, não sou assim tão velho, mas já cresci numa altura que não existia bem (...)” (U5).</p> <p>“(...) foi a palavra entre uns e outros (...)” (U8)</p>
			Família	<p>“Foi através do meu marido” (U6).</p> <p>“Já conhecia através da minha irmã que ela tomava, mas nunca tinha tomado (...)” (U9).</p>
			No CRI	<p>“Porque eu já andava cá... eu fiz tratamento à heroína, ainda não havia tratamentos de substituição e nem medicação. (...) Porque só havia tratamento aqui em Coimbra. Vinham</p>

				<p>peessoas de todo o lado fazer desintoxicações aqui (...) eu queria começar a fazer um programa de substituição. E foi aí.” (U7).</p>
			Internet	<p>“Primeiro foi porque vi um artigo na net e fiquei curioso (...)” (U2).</p>
		Razões para iniciar o programa	Parar os consumos de Opiáceos	<p>“fiquei viciado na buprenorfina injetável e só depois de ter percebido vi que aquilo não funcionava e que não tinha mais nenhuma, não havia mais nada que eu pudesse tomar para substituir os opiáceos, a não ser a metadona... então experimentei a metadona e e continuo então a tomar metadona.” (U2).</p> <p>“Para parar com a heroína, claro, para parar com a heroína, obviamente, porque a heroína estava-me a matar, e é uma droga, pronto, altamente tóxica, não é?! É um químico altamente tóxico, pronto e tem uma abstinência brutal que mata uma pessoa, só a abstinência mata uma pessoa.” (U3).</p> <p>“Largar os opiáceos, apesar da metadona ser refinada da heroína, não é um opiáceo, mas foi para cortar com os consumos de heroína” (U5).</p> <p>“O querer sair da droga. O querer sair desta vida. Eu comecei no meu primeiro tratamento, o primeiro de substituição, foi o <i>Subutex</i>. Só que não me estava a dar bem com o <i>Subutex</i>,</p>

			<p>(...) optei por fazer o desmame (...) depois comecei a metadona com doses pequenas. E pronto, foi até aí, foi a causa. Não foi assim nada, foi só simplesmente uma segurança que eu vi. E sentia-me mais... a metadona preenchia-me mais.” (U7).</p> <p>“Porque quis largar mesmo, já tinha largado sozinho, em casa, depois eu e a minha esposa viemos à doutora e ela meteu-me no programa (...) Para eu não ter a tentação mais tarde (...) Para não voltar, pronto (...)” (U8).</p> <p>“eu tinha uma aversão à metadona, mas vi aquele na metadona e não consumia, uma pessoa que eu dizia, é impossível! (...) Deu-me a impressão que estava tratado, que tomava a metadona ainda, mas isso... e eu se ele consegue, eu sentia-me... não é ser melhor nem pior que os outros, não é?! Mas eu também tenho que conseguir! Vou lá” (U9).</p>
		Reorganização social	<p>“Para viver. Portanto, andar mais sossegado, para trabalhar, para fazer qualquer coisa, para não andar... para sair da miséria, porque não dá, porque isto embora a metadona seja pior em termo de vício, é mais limpa, não é? Podemos levar uma vida normal se cumprirmos, portanto, regras... podemos levar uma vida normal e cada vez melhor. E sair mesmo da heroína dum vez por todas. Porque eu já vi isso. Há quem não acredite, mas eu já vi. Com a heroína, andar assim uns anos e depois começar a descer a descer a descer, até a própria pessoa beber água. Somente água (...).” (U1).</p> <p>“Teve de ser! Das duas uma ou ia mesmo a fundo ou então teve que ser! Tenho o meu negócio para segurar, tenho a minha casa, tenho a minha família, teve que ser! Teve que ser, não podia seguir até ... e pronto aqui está, estou aqui!” (U6).</p>

			Razões económicas	“Pois, a toma da metadona é gratuita por parte do Estado, não sei se sabe disso né?! (...)” <b>(U4).</b>
--	--	--	-------------------	---

	Dinâmica do Programa de Substituição com Metadona	Tipologia da Toma	Não Presencial	<p>“Eu não costumo fazer toma presencial...” (U1).</p> <p>“Quando cá venho, tomo cá e levo para casa. Às vezes levo para um mês, às vezes levo para uma semana, às vezes levo para 15 dias, para o tempo que for preciso... (...) sou capaz de gerenciar, nunca tive problemas com isso...” (U2).</p> <p>“Eu tomo a metadona, eu levo comigo e faço... e tomo todos os dias, porque eu pronto como não estou a morar aqui próximo para não ter de vir cá todos os dias, levo-a e depois tomo todos os dias.” (U3)</p> <p>“Tou a levar para casa, exato. Por isso máximo de manhã todos os dias em casa.” (U4).</p> <p>“Quando venho aqui buscar, tomo presencial e depois levo. No dia tomo e depois levo.” (U5).</p> <p>“Levo” (U6).</p> <p>“Eu tomei muito ano. Andei muito ano a tomar presencial. Eu já fiz de muita forma. É conforme a minha vida de trabalho. Como eu já não tenho consumos há muito tempo, tenho a facilidade, a médica confia-me... atualmente estou a levar semana a semana, como estou a trabalhar, para não perder muito tempo, ... outras vezes levo de quinze em quinze dias. É conforme. Normalmente é conforme a minha disponibilidade de trabalho.” (U7).</p> <p>“levo para o mês (...) no início vinha todos os dias, mas eu morava aqui perto (...) Portanto não me custava nada vir aqui, não fazia nada, não é?!” (U8).</p> <p>“É eu levo, sim” (U9).</p>
--	---	-------------------	----------------	--

		Opinião acerca das regras do Programa	Adequadas	<p>“Não...acho que epa, são as corretas porque se estamos a tomar a metadona não temos obrigação de apresentar positivos aos opiáceos né... por isso acho que a regra é à terceira vez se não me engano... acho que é isso, a terceira vez que dá positivo ao opiáceo, eles cortam-te a metadona... E eu acho que sim, que as regras fazem todo o sentido e estão adequadas (...)” (U2).</p>
			Adaptativas	<p>“São adaptativas, são aquelas regras que eu assinei o contrato (...) Se houver retomas, passam a três dias por semana, se houver mais passam a diárias e não sei que... eu acho bem! (...) São, são, eles não deixam acabar a metadona a ninguém (...)” (U5).</p>
			Boas	<p>“Acho muito boas até!” (U6).</p>
			Pouco rígidas	<p>“Eu acho que as regras estão (...) isto, é assim (...) ainda há muita gente que olha aos programas de substituição como um “tapa-buracos”. Quando têm dinheiro, vão consumir, quando não têm, tomam os medicamentos para não ressacarem (...) Antigamente não havia essa facilidade. Uma pessoa entrava no programa, tinha de estar sempre aqui, porque tinha de vir cá tomar ou nem que fosse, acho que o máximo que podíamos levar era um mês e tinha que ser com autorização, ou tinha que vir cá alguém da família levantar. Atualmente já não é assim tão rígido, não é?” (U7).</p> <p>“(...) eu acho que... eu acho que essas regras são óbvias, e mínimas, agora também e sei que fazem isso, deixam passar muita gente que consome, e que toma metadona, também compreendo que tenha... sei que é assim que não podem cortar a metadona, a uma pessoa que anda a consumir, a fazer o que anda a fazer, e a tomar a metadona, não vão tirar a metadona, eu vi à minha irmã a fazerem-lhe isso, e vi como é que ela ficou, e por isso não concordo com essa regra, isso não concordo, pronto não sei... não sei como é que hão de lidar com isso, também não sou médico, não é?!” (U9).</p> <p>“Não são rígidas. Aqui em Coimbra não. Noutros sítios sim. Nunca fui a outros sítios, mas pelo que me contam, aquilo é... parecem índios... quer dizer, estão... pelo que me contam,</p>

				estão na bicha para tomar, mas assim uma bicha para aí cem metros. E enquanto aqueles que estão na bicha, vão fazendo negócios uns com os outros. Um tem aqui, outro tem aqui, portanto é assim... é um bocado chocante. (...) as regras do programa..., portanto, depende do médico. Há médicos que anda-se no programa, como disse há bocado, que cai-se, escorrega-se e há médicos que cortam logo. Largam o paciente. (...) Uma das regras é não recair. Enquanto há outros médicos que o paciente pode recair cinquenta vezes, mas não lhe dão um chute. Que é mesmo assim.” (U1).
			Acessível	“Acho que não [não são rígidas].” (U4).
		Opinião da rede social do utente acerca do programa na ótica do utente	Um mal menor	“Eu acho que ele pensa que é um mal menor, eu acho que é isto que ele pensa, não é bom, é um mal menor, ele não gosta, é um medicamento (...), mas é menos mau. Permite ter uma vida normal, e não se fazer a vida que se faz quando se é toxicodependente, ninguém atura drogados, são insuportáveis, é que é mesmo assim, são insuportáveis pronto! Um toxicodependente é uma pessoa... para uma pessoa que ta ali e não consome é insuportável como é obvio, e eu compreendo isso porque eu já o fui e eu achava-me insuportável e sabia que era um bocado insuportável (...)” (U9).
			É boa	“É assim, eles acham muito bem eu tomar (...) estou-me a preparar para deixar de a tomar mas claro que eu não sei o dia de amanhã (...) em termos da rede de amigos... óbvio que eles pensam tem alguns que dizem que "epa, acho que que já está mais que na altura de deixar de tomar a meta". Eu já como comecei a deixar de tomar e tal e já estou quase a deixar só que lá está, estou quase a deixar (...)” (U2).  “(...) é bom, é bom, porque sabem que é um ponto seguro para mim! Eu não preciso, quer dizer, precisar preciso porque se não me meto nisto, é álcool, álcool, álcool (...) em casa tinha sempre bebidas alcoólicas, não tenho uma gota de álcool em casa (...)” (U8).
			É uma droga	“Eles pensam que... que é droga. (...) Não... eles não pensam mesmo, mesmo, como se fosse uma droga. Mais um medicamento para a droga. Não como um substituto. Mais isso.” (U1).  “O que eu penso é que eles acham que eu quero ser um drogado. Eu na mente deles eu sou um drogado porque eu quero, porque eu gosto de drogas, eu na mente deles, eles acham-me assim (...) eu fico muito triste e muito magoado e eu não sou nada disso, quem me dera

				<p>nunca ter tocado em droga e não voltado mais a tocar, quem me dera, meu, quem me dera, mas não, na mente deles (...)" (U3).</p> <p>"Há pessoas que são contra, dizem que a metadona que não é solução porque pronto, dizem que é tudo drogas e não sei quê, que a pessoa fica na mesma e outra coisa é o que as pessoas dizem, mas a mim não me escreve né. Por exemplo, a mim ajudaram-me com a toma da metadona, agora havia pessoas que diziam "opa, sai mas é disso" e não sei quê, "a metadona não te faz nada" não sei quê, não sei quê mais. Havia sempre pessoas que diziam isso, só que eu nunca ia pelas outras pessoas. Eu vou por mim, agora é cada um que vá por si, que eu vou por mim." (U4).</p> <p>"Os meus amigos conhecidos, dizem que é um problema e que se depois ficas agarrado à metadona, e eu fico assim a pensar, mas então eu já a larguei, tipo eu não lhes digo nada, deixa estar isso comigo isso não são assuntos teus. (...) A minha mãe acha que é uma droga na mesma (...)" (U5).</p>
			Neutra	<p>"Não acham nada! A única pessoa ... os meus amigos não sabem, né?! Não vou andar a publicar os meus problemas aos meus amigos e aos meus familiares todos, os únicos que sabem são as minhas filhas, os meus genros e a minha mãe e os meus irmãos, de resto está tudo ok." (U6).</p>
<b>Relevância do acompanhamento com a Equipa Técnica ao longo do Programa de Substituição com Metadona</b>	Relevância do acompanhamento com a E.T.	Acompanhamento com a E.T.	Mantém acompanhamento	<p>"Sim, eu tenho uma equipa técnica lá perto onde eu vivo. (...) Médico é aqui ou então no centro de saúde. (...) Não, aqui [referência ao CRI] é só médico. (...) quando preciso de alguma coisa socialmente, marco. (...) Eu acho que... eu costumo dizer: Deus lá em cima e o assistente social cá em baixo. (...) Situações por exemplo, situações de consultas, situações de precisar de medicamentos caros, ou de qualquer coisa que eu precise para um dedo ou para um pé, qualquer coisa." (U1).</p> <p>"Sim, é obrigatório. Até porque é uma das regras fundamentais para eu poder ter acesso à metadona, eu tenho que vir aqui no mínimo de 15 em 15 dias ou de mês a mês ter consulta, tanto com o meu médico, como com a assistente social e com a minha psicóloga. É fundamental... (...)" (U2).</p> <p>"Sim, sim, sim, sim faço. (...) Sim, com alguma frequência, todas as semanas, venho cá (...)" (U3).</p> <p>"Sim." (U4).</p>

				<p>“Falta-me um médico agora, mas como eu mudei para aqui agora há pouco tempo, também tenho de dar tempo ao tempo, para as coisas se fazerem. (...)” (U5).</p> <p>“Mantenho, sim. (...) Mensalmente, mensalmente. (...) O assistente social procura-me a mim. Eu sempre fui muito autónomo (...) Eu quando tenho questões de dúvidas que queira fazer ou alguma coisa de dar um passo maior ou... que eu não tenha conhecimento, pronto... aí, eu contacto-o e peço informação (...) (U7).</p> <p>“Só médicos, e enfermeiras, dou-me bem com elas as daqui! Médicas, enfermeiras... Enfermeiras, enfermeiros, pronto medicas, médicos, é igual, dou-me bem com todos, tenho é tudo uma maravilha” (U8).</p> <p>“Mantenho! (...) Sim, já há uns dois meses que não vou lá (...)” (U9).</p>
			Não mantém acompanhamento	<p>“No início sim, agora não, porque venho sempre a correr, eu tenho a minha loja para manter, está lá a minha filha sozinha com o meu neto (...) quando eu venho cá, venho de dois em dois meses. É assim!” (U6).</p>
		Opinião acerca do acompanhamento prestado pela E.T.	Positiva	<p>“Bastante. Bastante importante. (...) Sim, porque ainda ontem o psicólogo chegou ao pé de mim e disse... eu falei, falei... e ele disse: “Não. Tu precisas de um advogado. Eu vou te arranjar um advogado. (...)” (U1).</p> <p>“Acho acho que, epa é uma mais-valia né porque nós muitas das vezes não temos perceção de como realmente andamos. É preciso alguém de fora que esteja completamente abstraída puder ver o que é que se está a passar contigo né porque melhor do que tu próprio até tu estás perdido e não vês. (...) é importante ter uma opinião exterior para perceber onde estamos a ir longe de mais ou quando é que ainda não atingimos o objetivo de virmos a atingir e eu acho que a consulta de psicologia para isso é excelente e é fundamental. (...) Serviço social [foca-se mais em questões de trabalho] trabalhas, não trabalhas, como é que é, porque é que não trabalhas e se trabalhas como é que anda o trabalho (...) como é a tua relação com o teu pai, com a tua mãe, com o teu filho, com a tua companheira. Como é que estão as tuas relações... pronto... em termos sociais é isso (...) precisas de qualquer da tua assistente social e é claro que eu prefiro esta assistente social do IDT (...)” (U2).</p>

				<p>“Eu acho que sim, eu acho que sim, para arranjar solução para as pessoas, para um modo de vida e “coiso” (U3).</p> <p>“(…) ajuda-me em certas coisas que eu preciso. (…) Em relação a arranjar cursos, coisas assim, cursos, trabalhos e pronto, mais alguma coisa se eu precisar né.” (U4).</p> <p>“É! Principalmente com o médico (…) Psicólogo nem tanto porque eles esperam sempre que uma pessoa fale (…) O assistente social arranjava-me trabalho, se eu tivesse de ir para o estrangeiro trabalhar, era a doutora... ela ajudava-me, falava com todos, os médicos, era ela que fazia tudo, pronto” (U5).</p> <p>“Eu acho que é importante, numa determinada fase, pronto, isso acho (…) Não é só no início, porque o processo é longo, não é só no início (...)” (U9).</p>
			Negativa	<p>“Assistentes sociais e psicólogos não é para mim não (...) Enfermeiras, enfermeiros, pronto medicas, médicos, é igual, dou-me bem com todos (...)” (U8).</p>
			Neutro	<p>“Não, não, não, para mim não. Já tá! Não!” (U6).</p>

<p><b>Avaliação do programa de substituição com metadona e ocorrência de situações imprevistas</b></p>	<p>Avaliação do programa de substituição com metadona</p>	<p>Vantagens/Benefícios decorrentes do início da toma da metadona</p>	<p>Reorganização social</p>	<p>“Reorganização da vida social, sim (...) Portanto, levanto-me de manhã, não tenho a preocupação de ir arranjar droga, não é? Ou levanto-me de manhã, não ressaco... e faço uma vida normal.” (U1).</p> <p>“A metadona para quem trabalha é um medicamento ideal porque a pessoa consegue-se concentrar, consegue ter desempenho físico (...) uma sensação de capacidade de movimento e para trabalhar, a toma da metadona, é o melhor sistema que eu encontrei até hoje e acho que se não tomasse a metadona, não conseguiria andar a trabalhar. Isso é um ponto positivo relativo à metadona. (...)” (U2)</p> <p>“Olhe foi sentir-me bem, tomava sentia-me bem, pronto, sentia-me como se... tirava-me a (...) os sintomas da abstinência, pronto, sentia-me bem, super bem disposto, autoconfiante (...) Olhe, melhorou várias coisas, comecei a ter mais apetite, comecei a ficar com melhor aparência, comecei a ganhar mais autoestima, por mim, eu gostava de tomar banho, eu gostava de andar mais asseado(...) Várias coisas, de me sentir bem comigo mesmo, para parecer bem perante as pessoas, também (...)” (U3).</p> <p>“Os benefícios? Conseguir trabalhar, conseguir viver, socializar e ir para onde eu quiser. Basicamente, sim, mesmo para o estrangeiro se eu levar algumas doses (...)” (U5).</p> <p>“Os benefícios. Levar uma vida normal. Uma pessoa normal. (...) Comecei a fazer a minha vida normal.” (U7).</p> <p>“Todas, todas, todas, todas, todas! (...) Tinha tudo de toda a gente, mulheres de filhos, estavam todos contentes, estavam todos bem e sabem que eu não... podem... já não me controlam, já não vão atrás de mim, já não falam em droga, já não falam nisto [metadona]. Nunca mais me chatearam a cabeça, nunca mais me disseram nada!” (U8).</p>

			Paragem dos consumos	“A toma da metadona já ando a tomar há alguns anos. (...) Eu comecei a tomar a metadona já com esta idade para aí, já com esta idade (...) Deixei de consumir heroína, cocaína...” (U4).
			Qualidade de vida	“Muita coisa! Mais calma, mais serena, mais atenta [risos] e tudo, tudo de bom!” (U6). “Eu acho que foi lá numa possibilidade de mais facilmente aguentar quando acordava sem droga e isso, ajudava nisso (...)” (U9).
		Desvantagens/Constrangimentos decorrentes do início da toma da metadona	Nenhuma	“Não vejo desvantagem nenhuma!” (U3). “Não, não.” (U4). “Não, não, não! (...) Não, não me sinto dependente, pronto, até que eu acabe, não, não me sinto dependente, pronto, tenho que a tomar, não é?! Mas o meu organismo já está, mas não, está tudo ok (...) pronto tenho aquele impacto que sinto mas depois passa, aguenta-se.” (U6).
			Agravamento de Problemas de saúde	“Desvantagem... estragou-me um bocadinho o estômago. Tive problemas, porque pronto, como é muito ano, a metadona é um bocadinho, quer dizer... desgasta. Não quer dizer que fosse a causa principal, eu já tinha problemas de estômago, já vindo de trás” (U7).
			Dependência	“As desvantagens é... também estamos presos (...) Estamos completamente presos.” (U1).

			<p>“As desvantagens é que é uma droga, é uma coisa que faz mal ao corpo, por mais que uma pessoa diga que não faz, faz! Eu tenho essa noção, não é?!” (U5).</p> <p>“Eu acho... tem a desvantagem de eu psicologicamente achar que é um medicamento, de levantar-me todos os dias maldisposto e dormir mal, a partir de uma determinada hora (... )Agora como também sou mais velho, tenho um sono mais leve, se calhar acordo mais, agora o que é certo é que de manhã quando acordo sinto uma má disposição no estômago, pronto uma sensação esquisita (...) A dependência é sempre uma desvantagem, uma dependência é sempre uma desvantagem, na minha ótica...” (U9).</p>
		Regras	“(...) a desvantagem é que eu queria largar e não me deixam [risos], mas pronto isso os médicos é que sabem, é ordem da médica e eu tenho que aceitar!” (U8).
		Preconceito	“Até no meio médico. Se souberem que somos toxicodependentes, seja metadona, seja o que for... é toxicodependente, põem-nos de lado.” (U1).
		Impotência sexual	“na minha vida familiar eu tenho uma companheira e como é natural quando se tem uma esposa, uma companheira, uma namorada, não importa, as pessoas têm relações. A metadona afeta seriamente o desempenho sexual em termos masculinos e femininos... (...)” (U2).

--	--	--	--	--

	Ocorrência de situações imprevistas	Recaídas ao longo do programa/ Consumo de drogas em paralelo	Sim	<p>“Eventualmente... só se vierem ter comigo mesmo. Porque tento desviar-me das... só se vierem mesmo ter comigo e me derem assim a volta... é difícil dizer não. Mas já neguei. Mas é difícil.” (U1).</p> <p>“não... sim sim. Tenho... tenho. Haxixe não, THC não porque os THC é uma fase em que eu comecei a perceber o que é que realmente o THC (...) tenho um problema de ter uma recaída mensal, tipo uma vez por mês, recai na cocaína e no consumo de cocaína... crack. Uma vez por mês e isto há dez anos, doze anos que faço isso, uma vez por mês.” (U2).</p> <p>“Não!! Ao tomar a metadona... desde que tomei a metadona, nunca mais tomei outro tipo de opiáceos, nunca mais, nem heroína, nem haxixe, até o haxixe enjoei (...) Cocaína, não, cocaína de vez em quando é o meu grande problema, de vez em quando atiro-me de cabeça (...) sabe, cocaína é uma droga que dá muita ansiedade e uma pessoa perde a consciência (...)” (U3).</p> <p>“(...) Olha, vou-te ser sincero, eu fumo xamon. Vou-te ser sincero (...) para mim é um relaxamento, deixa-me descontraído (...) fico bem (...)” (U4).</p> <p>“Cocaína? Tem havido consumos, até há bem pouco tempo houve consumos, mas se calhar já nem acusa (...) Opiáceos não! (...) É canábis e cocaína, muito raramente! (...)” (U5).</p> <p>“Opiáceos não. Consumo (...) Haxixe.” (U7).</p> <p>“Não nunca tive recaídas (...) Nada, nada, sem ser o canábis e o álcool, eu evito ao máximo.” (U8)</p> <p>“Sim, consumo canábis” (U9).</p>
			Não	“Não, não, não, não! (...) Não, não, não, não! Nunca!” (U6).
		Comportamentos de risco ao longo do programa	Ocorrência	<p>“Ah sim, comportamentos de risco... é assim, em termos de risco para a saúde, não tive. Em termos de risco que possa pôr a minha liberdade em risco, sim, isso tive.” (U2).</p> <p>“Tava numa instituição, prontos, foi um dia mesmo... estava com pessoas também, pessoas amigas. Avariou-me a cabeça toda, prontos, consumi [Partilha de seringa]” (U4).</p>

			Nenhum Ocorrência	<p>“Não, nunca estive preso. Nunca... a polícia sabe... pode haver uma rusga, eu tenho reparado, revistam as outras pessoas que estão a vender e se eu estiver no sítio, a mim não revistam. Porque sabem que eu nunca vendi isso, eu só consumo. Eles sabem que eu só consumo. Não sou traficante, não sou nada. Eu até acho engraçado, pronto...” (U1).</p> <p>“Ah! Não, não, isso nunca mais tive, não, tomo, bebo, depois... (...) é mesmo a cocaína, é mesmo, até os “charros” deixei de fumar que até o próprio cheiro enjoa-me” (U3).</p> <p>“Depois de eu ter sido preso das duas vezes, nunca mais fiz nada, nunca mais. Eu comecei a acreditar no “karma” e é verdade, quanto mais bem fizemos (...) recebemos bem também.” (U5).</p> <p>“Não, nunca!” (U6).</p> <p>“Não (...)” (U7).</p> <p>“Não tenho! (...) Népia! Então se eu quis largar por mim próprio, acabou!” (U8).</p> <p>“Ah não, não, pensei que estava a dizer comportamentos de risco tipo andar com uma pessoa, por exemplo pudesse consumir, ou estar numa festa (...) Isso sim, isso aconteceu-me (...)” (U9).</p>
	Perspetiva para o futuro	Objetivos a alcançar com o programa	Acabar o tratamento	<p>“Sim, ter uma vida normal sem precisar da metadona nem de mais droga nenhuma. Isso é uma utopia, mas é aquilo que eu espero, aquilo que eu quero, é aquilo que eu adorava que acontecesse, mas também sou realista e consigo perceber que até hoje é uma utopia o deixar tudo, deixar a metadona, a cocaína, as festas, os comportamentos de risco que põem a liberdade em risco, pronto, esse tipo... pah, o que eu queria era realmente era parar com tudo mas tenho a consciência que isso é quase impossível...” (U2).</p> <p>“Exato, é essa a minha intenção. Pronto, já não preciso, já não consumo nem nada. Tou limpo.” (U4).</p> <p>“Acabar com ela, e continuar a minha vida. Eu gostava de saltar de paraquedas, andar de asa delta, se ainda houvesse tempo para tirar um curso daqueles pilotos daqueles aviões pequeninos era brilhante! Tem certas coisas e claro o objetivo de juntar dinheiro para isso tudo!” (U5).</p> <p>“Acabar com o tratamento, estar bem” (U6).</p> <p>“Arranjar uma forma de acabar com ela. Sei que vai ser um dia. Mas estou-me a preparar para isso. Por que não quero fazer uma coisa... quero fazer uma coisa com pés, tronco e membros. Porque eu já não tenho saúde, não tenho vida, nem idade para voltar outra vez aos</p>

			<p>consumos. (...) Atualmente, ainda não me sinto confiante para largar isto. Para já porque eu ainda preciso de certos serviços daqui.” (U7).</p> <p>“Acabar com a metadona (...) quero ser livre completamente! Eu não quero estar dependente de nada!” (U8).</p> <p>“Acabar o tratamento, pelo menos a parte da metadona, de tomar metadona (...) Gostava de deixar de pôr metadona, mas provavelmente o meu cérebro ainda não me permite pensar nisso (...) tenho a metadona mesmo assim, não deixa de ser uma dependência, tenho que a resolver, um dia provavelmente, não quero viver toda a vida a tomar metadona, isso não quero, sinceramente não quero (...) Um dia vou conseguir! Sem recair!” (U9).</p>
		Reconstrução da vida social	<p>“Sei lá, alcançar a minha vida profissional, e pronto ter uma vida saudável, vir a alcançar, também, pronto, também encontrar um amor (...) ter a minha própria casa, a minha própria vida, pronto, quero tratar da minha saúde (...) olhe sei lá... olhe e concretizar o futuro e sei lá e que tudo seja lindo e ser bem sucedido para a vida(...)” (U3).</p>
		Felicidade	<p>“Ser feliz.” (U1).</p>

## Apêndice 6 - Análise de Conteúdo das Entrevistas à Equipa Técnica

Equipa Técnica				
Categorias	Subcategorias	Indicadores	Unidades de Registo	Unidades de contexto
Acessibilidade e Dinâmica do programa de substituição com metadona	Acessibilidade	Critérios para adesão ao programa	Inclusão	“Eu acho que estão no espírito da inclusão em Metadona seria... seria... toxicodependentes com muitas tentativas de tratamentos falhadas; mulheres toxicodependentes grávidas; Toxicodependentes a viverem na rua (...)” (P10).
			Cumprimento de regras	“Os critérios será, sobretudo o cumprimento de regras do programa. O programa tem algumas regras, que os doentes quando fazem o contrato, porque é um contrato escrito em que se define exatamente isso os objetivos e também, a obrigatoriedade do cumprimento de algumas regras, que são: vir às tomas presenciais da metadona, que no início são tomas feitas diariamente no serviço, com supervisão da equipa de enfermagem, só numa fase em que o doente está mais estabilizado, em que poderemos, e muitas vezes fazemos isso, deixamos que o doente leve para casa, mas com a supervisão de uma outra pessoa, um envolvente que se responsabiliza pela toma e pela guarda da metadona. As regras são também a frequência e a assiduidade às consultas marcadas, quer com o médico, quer com outra equipa... com o resto da equipa, psicólogo, assistente social, são também obrigatoriedade de realizar análises de controlo de substâncias que nós fazemos com pesquisa de metabólitos na urina, que depois nos ajudam de facto a aferir o cumprimento da primeira regra que é a abstinência da substância... Regras também, implicam o comportamento adequado sem agressividade em relação aos técnicos, porque às vezes... houve essa necessidade de implementar essa regra porque havia umas situações em que os... estes utentes tinham um comportamentos agressivos, e portanto este é um critério de exclusão do programa. Basicamente são estas regras de cumprimento” (P11).

			<p>Ser Usuário de Heroína</p>	<p>“Os critérios para a inclusão no programa de tratamento, essencialmente passam pelo facto de estar a consumir heroína ou de estar em risco de consumo de heroína, que é uma situação mais rara de acontecer, incluímos alguém em tratamento se estiver apenas e só em risco de consumo e não a consumir, mas na generalidade das situações, falemos em mais de 95% dos casos as pessoas estão a consumir heroína e esse é um dos critérios de inclusão. Estarem a consumir, estarem motivadas para integrarem um programa ou um projeto de tratamento multidisciplinar, terem alguma forma de conseguir manter esse projeto, isto é, virem a Equipa de tratamento terem as consultas que depois serão marcadas para avaliação, portanto na fase inicial, de indução do medicamento como depois a seguir em termos de seguimento. Por exemplo uma situação de pessoas portadoras de HIV ou de doença infecciosa, têm prioridade sobre outras, por exemplo aqui na nossa ET não temos lista de espera, mas existe mesmo definido que na existência de lista de espera por exemplo é um critério de adesão preferencial ou prioritário, mulher grávida e doença infecciosa presente, mas os principais critérios são mesmo o facto de estar a consumir e ter motivação para o tratamento.” <b>(P12)</b>.</p>
--	--	--	-------------------------------	--

		Razões que levam os utentes a aderir ao programa	Razões	<p>“Os gastos excessivos de dinheiro; darem-se conta do processo de degradação .... a que não conseguem pôr um travão; talvez a pressão dos familiares; talvez uma vontade de não tratamento” <b>(P10)</b>.</p> <p>“Digamos que não é à partida um programa de primeira linha, não é de primeira escolha, nós o que fazemos na maior parte das vezes é incentivar para um tratamento sem substâncias, no entanto, às vezes, devido ao percurso de vida dos utentes, às recaídas, tratamentos que não foram eficazes, há necessidade de implementar este programa que é um programa de substituição, que implica, de facto, também, a continuidade de uma dependência, neste caso de uma dependência controlada, que é uma substância medicamente prescrita, mas digamos que é um tratamento de segunda linha e que são habitualmente doentes com... já com uma história... um historial de tratamento anterior, com outras... com outras tentativas de desabituação, de antagonistas, de opioides, que não deram resultado, que não resultou, portanto houve necessidade de</p>

			<p>passar para este tratamento de substituição que habitualmente é de dois anos, nós à partida prevemos um tratamento com uma duração longa, é isto.” (P11).</p> <p>“Ora as razões que levam os utentes a quererem integrar um programa farmacológico, nomeadamente um programa de tratamento antagonista opiáceo são decorrentes da tomada de consciência da destabilização que os consumos lhe trouxeram, ok?! Ou que a destabilização dos consumos lhe trouxe para a vida, todos os problemas que daí surgiram, quer sejam problemas ao nível laborar muitas vezes associados à perda de produtividade, à perda de trabalho, do lugar de trabalho, ou até mesmo ao não conseguir arranjar trabalho, quer seja a nível familiar, nomeadamente com a deterioração de relações familiares, relações mais proximais ascendentes ou descendentes ou laterais com os seus familiares, quer de relações sociais com vizinhos, com amigos, com todas as pessoas que o rodeiam nos diversos sistemas e que podem essas relações estarem alteradas para pior, portanto, estarem degradadas, quer até mesmo relacionados com alterações do próprio “inside” e da própria forma como a pessoa se vê, nomeadamente relacionadas com a autoestima, com auto conceito, com a maturação física observável, maturação psicológica ou mental, sentida ok?! Porque essa não se vê ssente-se e por todo um conjunto de situações que levam a que a pessoa sinta necessidade ou o ideal era sinta motivação para integrar um projeto destes, porque efetivamente é um projeto que tem algumas exigências, de cumprimento por parte do doente, exigências essas que muitas vezes são pequenas e que vão aumentando com o passar do tempo e que e com a adesão ou com o percurso que o doente vai fazendo durante este processo de tratamento.” (P12).</p>
		Processo interventivo associado à admissão do programa	<p>Deliberado pela equipa ou pelo médico</p> <p>“(…) isso depende de caso para caso, não sei (…) Teoricamente havia um documento que dizia que a inclusão de um utente em metadona deverá ser uma coisa decidida em equipa, mas sendo, sendo ... por isso é que faz sentido um serviço especializado no atendimento destas pessoas que realmente são pessoas que têm as suas especificidades, não é? Mas a ideia é que a inclusão de alguém em tratamento de programa de metadona seja decidido, pensado, refletido, na e pela equipa, como sabe nós trabalhamos em equipa, porém a prescrição de um medicamento, é de ordem medica, e o médico pode prescrever o medicamento que entender sem necessitar de dar, de colocar isso numa equipa, isso depende muito da vontade do médico e de como os serviços funcionam, portanto, ah... a inclusão de uma pessoa em programa de</p>

				tratamento pode passar por estes dois extremos, ou é o médico que decide e ponto ou então isso é decidido numa equipa.”(P10).
			Avaliação do historial clínico do utente	“(…) de facto primeiro há uma história que é feita, faz-se uma... numa primeira consulta habitualmente, recolhe-se a história clínica, tenta-se perceber quais são os objetivos do doente, a motivação e depois é que se opta por um ou outro tratamento, alias é sempre assim, não é?! Nós começamos por fazer a história clínica e perceber que doente é que nós temos à frente e que tipo de tratamento é mais adequado para esse doente. No caso da metadona, como disse, à partida não é a primeira escolha, mas por vezes numa primeira consulta apercebemo-nos de que já existe um histórico que leva a que seja primeira opção nessa consulta, claro que existe o passado que nós percebemos que existe.” (P11).
	Dinâmica	Objetivos do programa	Reinserção Social	“Tirar as pessoas da rua (...) Tirar as pessoas da rua; poder melhorar alguma coisa na relação dos utentes com as famílias, baixar a criminalidade; manter os utentes em consulta, embora que esse não seja um objetivo que não é, talvez pudesse ter .... outra .... Outra realização digamos. Por aí (...)” (P10).

			Parar os consumos	<p>“suspender os consumos de substâncias, esse é o prioritário, poderá ser uma reintegração social, profissional, melhoria das relações familiares, também... promover outro tipo de tratamentos, nomeadamente de doenças infecciosas, cessar atos, comportamentos delinquentiais, muitas vezes associados aos consumos, basicamente, são alguns, sim” <b>(P11)</b></p> <p>“Os grandes objetivos passam essencialmente pela estabilização do doente ou esse será o primeiro grande objetivo, e a estabilização do doente e essencialmente através do controlo dos consumos com o objetivo principal de terminar esses, esses consumos, numa fase inicial e de acordo com aquilo que seja definido como projeto terapêutico destes doentes, eles podem inclusivamente manter alguns consumos, isto num programa de baixa limiar, ou podem ser obrigados, na maioria das situações num programa de alto limiar, a terminar os consumos, a parar mesmo com os consumos, e quando falamos em consumos falamos mesmo em consumos de heroína, de opiáceos. Os principais objetivos são precisamente esses, passam pela paragem dos consumos, estabilização dos consumos – paragem de consumos e depois começar com outro tipo de abordagens, ao nível social, se existirem necessidades ao nível social, ao nível clínico se existirem essas necessidades, ao nível psicológico, mental e emocional se existirem essas necessidades, depois varia de situação para situação. Mas o grande principal objetivo está relacionado com os consumos de heroína.” <b>(P12)</b>.</p>
		Papel/Função do profissional	Assistente Social	<p>“(…) as pessoas, acabam por reproduzir um bocadinho nos serviços o comportamento de rua (...) porque são pessoas com dificuldades ao nível da relação, sendo que a sua relação mais privilegiada é uma substância. Ora bem, o que acontece é que (...) as pessoas reproduzem um bocadinho o comportamento da rua, é vir aqui buscar o produto (...) não querem relação nenhuma, não querem nada e portanto... (...) um terapeuta (...) é alguém que se intercala ou que se intromete no bom sentido, digamos assim, e através de um contrato de aceitação um do outro, alguém que se intromete na relação do próprio com as drogas, não é? E que de alguma forma procura fazer a diferença, e portanto, fazer a diferença como? Fazer a diferença e cortar a relação que o indivíduo tem com a substância para que possa passar ter uma relação com esse, com a figura do terapeuta, sendo que nessa relação será possível operar</p>

			alguma coisa no sentido da mudança do funcionamento mental dessa pessoa (...)tradicionalmente, aqui neste serviço os assuntos sociais estão mais vocacionados para o atendimento às famílias, para a articulação com as entidades, com as instituições externas, portanto (...) um trabalho de parceria (...) de reinserção e situar-me-ia qui nestes três vetores digamos assim” (P10).
		Médico	“O meu papel é de prescritora, não é?! Porque é o médico que prescreve a metadona, sendo que com um abordagem sempre multidisciplinar do doente, no fundo eu sou mais um dos elementos que interage com... no tratamento do doente, porque é há sempre também um encaminhamento para uma consulta de psicologia, portanto prevendo um acompanhamento psicoterapêutico, e também há um encaminhamento para outro elemento... outro dos elementos da equipa que é o assistente social que faz também outro tipo de abordagem, que aborda a situação de outro ponto de vista e muitas vezes fica responsável pelo atendimento dos familiares do utente, em consultas de seguimento, também, portanto nós funcionamos neste modelo, no modelo biopsicossocial e portanto com todos estes elementos a interagiram e a terem uma abordagem mais ampla do problema, não nos limitamos a prescrever e a agir sob o ponto de vista biológico, há também todas as abordagens que complementam o tratamento” (P11).
		Enfermeiro	“Então o papel do enfermeiro em comportamentos aditivos e dependência é que aqui na Equipa de Tratamento é um papel relacionado e especialmente no trabalho que nós temos com as pessoas que estão integradas em programa de tratamento ou de manutenção opioide, o papel que o enfermeiro tem é precisamente na manutenção do programa, ok?! Na manutenção do cumprimento daquilo que ficou definido pelo programa, na realização de pesquisa de metabolismos, isto é, na pesquisa de substâncias através da urina, de consumo de substâncias através de testes à urina, quer seja na toma do medicamento que seja prescrito, neste caso a metadona ou buprenorfina como agonistas principais, quer seja na própria adesão a outras consultas, Também a intervenção do enfermeiro fazer educação para a saúde, relacionada com comportamentos de risco, que possa ter, nomeadamente com consumos endovenosos, nomeadamente com práticas de sexo desprotegido ou outros

				<p>comportamentos de risco, mas estes são os dois principais nos nossos utentes. A educação para a saúde, não só nos comportamentos de risco mas também na promoção de estilos de vida saudáveis, com alimentação, com a higiene, com a promoção até de relações interpessoais e de alguma forma tentar, porque muitas vezes nós atendemos os familiares dos utentes, nós enfermeiros atendemos os familiares dos utentes e acabamos por, também nesses momentos, podermos de alguma forma tirar dúvidas sobre o processo de tratamento do doente, sobre algumas alterações que são normais ou que são expectáveis nestas situações e por isso mesmo, também a família acaba por ser uma aliada nossa, não só no tratamento com o doente, mas também alguém em quem nós enfermeiros podemos intervir e com quem nós também podemos de alguma forma ajudar nalguma estabilização nas relações que a família tem com o familiar doente, com o familiar toxicodependente ou com dependência a um comportamento aditivo(...)" (P12).</p>
		Abordagem subjacente à Intervenção	Depende da situação	<p>“Depende, depende ... Pode haver situações em que está mais centrada na família, pode haver situações em que está mais centrada no indivíduo, pode haver situações em que está mais centrada nas instituições externas (..)Depende, acho que depende de caso para caso. E mesmo dentro, no mesmo caso, pode haver alturas em que as coisas estão mais direccionadas para o próprio, outras vezes mais direccionadas para as instituições. Tenho um caso em que a intervenção esteve mais direccionada s na pessoa, em si, neste momento e nesta fase em que as coisas estão, houve uma viragem para as Instituições externas, nomeadamente para as instituições de formação profissional, mais para a frente as coisas podem estar novamente mais focadas no indivíduo. Neste caso, não há família, uma pessoa que caiu numa situação de exclusão e pobreza, grave é uma pessoa com alguns recursos, mas ... (...) qualquer utente tem um tipo de intervenção diferenciada, não há a mesma intervenção para duas pessoas. (...) portanto, a questão aqui, a ideia aqui é nós vermos, ah ... temos em conta a pessoa no seu todo e não focarmos num ou</p>

			<p>noutro aspeto da pessoa, por isso é que as equipas são multidisciplinares, não é?! Nós aqui não tratamos a droga, nós aqui tratamos a pessoa, e a pessoa tem diferentes dimensões, não é?! De facto, tem a dimensão da saúde, a dimensão biológica, mas tem outras também, tem a sua dimensão psicológica, tem a sua dimensão social, cultural, nós tentamos ver a pessoa no seu todo.” <b>(P10)</b>.</p>
		Abordagem biomédica	<p>“A minha abordagem é do utente, do utente... será mais... é a tal parcela biológica do tratamento, porque para além da avaliação da história clínica, psíquica, digamos assim, depois há também outras intervenções que eu faço nomeadamente o despiste de doenças infecciosas e o encaminhamento para a consulta de especialidade, caso seja necessário, e muitas vezes é, nós temos uma percentagem muito elevada de doentes toxicodependentes com comorbilidade infecciosa e isso leva, portanto a que nós façamos esse encaminhamento, portanto, a minha abordagem é de facto uma abordagem médica, digamos assim e às vezes, também é muito necessário, na maior parte das vezes é necessário a prescrição de outros fármacos no tratamento destes utentes, ansiolíticos, antidepressivos, ocasionalmente neurolépticos e, portanto, eu faço essa... é esse o meu papel.” <b>(P11)</b>.</p>
		Abordagem sistémica	<p>“É assim, apesar da Equipa de tratamento de Coimbra estar dividida por equipas das quais faz parte pelo menos um médico, um assistente social, um enfermeiro e um psicólogo, pelo menos um, porque a maior parte delas até são mais do que um elemento de cada uma destas disciplinas do saber, acima de tudo a abordagem acaba por ser autónoma entre cada uma das diferentes profissões, claro está que há sempre uma partilha daquilo que está a ser falado ou que está a ser feito e por isso mesmo é que existem as reuniões semanais de equipa, no entanto há liberdade ou existe, o termo correto é existe autonomia para que cada profissional possa de forma autónoma e de acordo com as suas funções e de acordo com o seu saber e de acordo com a sua própria formação possa intervir de uma forma diferenciada e autónoma, eu sou mestre em saúde pública e por isso mesmo tenho uma perspetiva muito sistémica desta doença e de todo o meu trabalho, enquanto que esta área é uma área predominantemente de saúde pública a minha especialidade é em enfermagem comunitária, por isso mesmo, a minha intervenção vai também ao encontro do</p>

				meu mestrado como sistémica, por isso a abordagem que eu faço e que eu falo por mim, .... , a abordagem é sistémica, mas outros colegas poderão fazer abordagens mais focadas na parte biomédica do doente, isto é, na sua doença, ou nas suas alterações, eu gosto muito de trabalhar com a família e gosto muito de trabalhar com os que estão mais a volta da pessoa e pouco com a pessoa, trabalho pouco com a pessoa, porque a pessoa já é trabalhada pelo assistente social, pelo médico, e pelo psicólogo, e acho redundante estar a trabalhar só sobre a pessoa, porque depois há todo um conjunto de outras coisas que podem ser feitas, mas isso, sou eu. E tem a ver cá está com a minha formação” (P12).
<b>Avaliação do programa de substituição com metadona e ocorrência de situações imprevistas</b>	Vantagens e Constrangimentos associados ao tratamento	Vantagens/Benefícios decorrentes do início do programa de substituição com metadona	Na vida do utente	<p>“Os consumos diminuem, o poder... se é uma pessoa que está integrada profissionalmente ou se tem uma atividade profissional, o poder estabilizar de certo modo, nessa atividade, melhorar um pouco a relação com a família, introduzir ali uma coisa, mais ou menos normativa na questão da pessoa ter de cumprir aqui algumas regras, nomeadamente vir aqui ao serviço nos dias que lhe foram estipulados para isso ... se for uma pessoa com algumas condições para aderir a uma psicoterapia, talvez isso lhe permita também poder assentar um pouco melhor nesse trabalho” (P10).</p> <p>“Estabiliza bastante o utente, portanto (...)a primeira coisa que acontece é de facto ajudar a que o doente se organize, que estabilize, portanto, no fundo vai colmatar a falta da substância, não há a necessidade, a procura, da busca da substância que ocupava grande parte da vida destes utentes, portanto eles aí ficam, digamos libertos para se concentrarem, focarem noutros aspetos da sua vida, esta é uma vantagem enorme, porque depois isso acarreta, claro uma melhoria, quer das relações familiares, quer do ponto de vista social, portanto se o doente está a ser medicado, se o doente está em tratamento, obviamente que a perceção que os outros têm dele muda, isso ajuda-o, também depois a organizar-se e a reintegrar-se, além de que com este tratamento ele fica, também mais acessível para o tratamento de outras patologias que eventualmente tenha.” (P11).</p> <p>“Essencialmente, a primeira grande alteração prende-se com aquilo que é mais facilmente palpável, mais facilmente quantificável, que é efetivamente terminarem, ou diminuírem em grande parte, na sua maioria até terminar os consumos, e numa fase imediata a essa, de terminarem os consumos, há um choque com a realidade, e esse choque da pessoa, e esse choque, traz muitas vezes numa segunda semana apos indução, isto é após o inicio da toma dos</p>

				fármacos que fizeram terminar os consumos, traz um choque com a realidade e com tudo aquilo que ficou destruído para traz e tudo aquilo que ficou destruído no passado mais recente (...) E esta confrontação com o real é necessária para depois prosseguir todo o tratamento para a frente. Quer seja com o estabelecimento das relações, quer seja com a questão relacionada com a sua própria saúde física e com a sua apresentação pessoal, quer seja com muitas outras questões (...)" <b>(P12)</b> .
			Na instituição	<p>“(...) é mais uma arma terapêutica que nós temos, isso é uma vantagem enorme, é uma forma também de nos assegurarmos da continuidade do tratamento, na medida em que o doente tem consultas regulares, portanto, permite-nos de facto vigiar mais de perto o caso e acompanhar o doente.” <b>(P11)</b>.</p> <p>“As vantagens para a Instituição? Eu acho que esta instituição existe muito à custa deste tipo de programa, se estes programas não existissem a instituição teria de se reinventar, pelo menos os moldes como este tipo de instituições existem ou este tipo de unidades de saúde existem no modelo português (...) porque o nosso foco, o nosso grande objetivo é fazer com que o doente melhore o seu estado de saúde, fazer com que o doente assuma comportamentos não de risco, mas sim de vida saudável, atitudes e estilos de vida saudável, e temos do nosso lado um medicamento super barato, em termos de produção, ao dispor para estabilizar estas pessoas.” <b>(P12)</b>.</p>
		Desvantagens/Constrangimentos decorrentes do início do programa de substituição com metadona	Na vida do Utente	“A metadona, como eu disse desvantagens, digamos assim é mantermos uma dependência, a tal dependência que é medicamente controlada, mas não deixa de ser uma dependência, portanto o doente acaba por ficar subjugado a um determinado fármaco, que vai substituir o opioide, que consumia de uma forma ilícita, não é?! Mas fica, portanto, também condicionado por essa dependência, pela dependência desta substância. O nosso propósito é, enquanto faz este tratamento de substituição, e isso nunca será num curto espaço de tempo, será

				<p>sempre... por isso é que o tratamento é longo, ajudá-lo a perspetivar a vida dele sem o uso de qualquer substância, portanto a ideia é manter este tratamento assim, durante dois anos, digamos assim, no decurso deste tempo ele fará um processo psicoterapêutico que o ajuda a que depois com a suspensão deste medicamento, porque a ideia é depois de algum tempo vamos reduzindo a dose da metadona até deixar de tomar metadona, e essa evolução, também deverá acompanhar uma evolução do próprio doente nesta perspetiva de não lhe ser necessário este medicamento, esta substância para ter uma vida normal.” <b>(P11)</b>.</p> <p>“É assim, a grande desvantagem a meu ver é a obrigatoriedade que ele tem em vir fazer durante um determinado período, e isso é definido de utente para utente, de caso para caso, de momento para momento ou de situação para situação, a obrigatoriedade que ele tem de fazer a toma presencial, isto é, vir tomar o medicamento aqui, e isso, se de alguma forma para alguns utentes, pode ser um bom início de rotina e de estabilização para outros utentes até pode ser complicado, para alguém que esteja a trabalhar pode ser complicado estar a vir cá durante um determinado período tomar a medicação. Por isso essa será à partida uma desvantagem e tudo o que está associado aí, custos com transportes, perda de rendimento no trabalho porque vem cá durante um período todos os dias ou praticamente todos os dias, pronto, mas as grandes desvantagens, estarão associadas com isso (...)” <b>(P12)</b>.</p>
--	--	--	--	--

			<p>Na instituição</p>	<p>“(..) como dizia alguém aqui no serviço só muda a geografia, as pessoas continuam dependentes de um opiáceo, simplesmente não vão comprá-lo na rua, simplesmente vêm busca-lo aqui (...) de facto ter uma pessoa em programa de tratamento com metadona devia ser apenas uma fatia desse bolo que chamamos de tratamento (...) era importante quando uma pessoa é incluída num programa de metadona, isso não possa ser de facto a primeira resposta a desenvolver [quando] dou com alguém no serviço e tal que teve uma recaída e então aparece no serviço a pedir metadona ou outro substituto, é evidente que isso deve ser, deve ser... carecer de uma avaliação prévia não é? ... tentar perceber se a metadona é ou não a melhor resposta para aquela pessoa, no entanto eu penso que a resposta metadona se banalizou bastante, como alguém disse aqui no serviço, e eu concordo com isso, a metadona é uma coisa muito boa em termos de saúde pública em termos de tratamento é muito questionável (...) É evidente que também estamos aqui a falar de uma doença que tem a sua parte crónica(...) E se de facto não for uma coisa bem avaliada e feita com determinados critérios pode ter uma leitura que é do não tratamento, mas sim da continuidade do consumo (...) eu penso que as coisas vão evoluindo obviamente, são dinâmicas, não são estáticas, não é?! Mas perdeu-se um determinado modelo de intervenção, que passava de facto pelo tratamento, e que hoje está direcionado para uma coisa de gestão das pessoas, não é?! De gestão das pessoas, de gestão desta população e não tanto do seu tratamento, eu vejo as coisas um bocadinho desta maneira.” <b>(P10)</b>.</p> <p>“Desvantagens, a única que me ocorre, neste momento, é que de facto ficamos sujeitos a um risco maior de assalto, porque já aconteceu, neste serviço termos tido dois assaltos em que o produto que vinham roubar era precisamente a metadona e que a roubaram de facto(...)” <b>(P11)</b>.</p> <p>“Eu acho que o grande constrangimento que existe em relação à metadona e à buprenorfina é efetivamente o risco de tráfico que existe associado ao mau uso deste medicamento ou destes medicamentos, precisamente vai ao encontro da questão há pouco da balança da dependência com a heroína e da dependência com a metadona e desta ideia e desta imagem que existe nesta população toxicod dependente de que a metadona ou a buprenorfina podem ser traficáveis podem ser utilizadas como moeda de troca, muitas vezes para terem substâncias (...)” <b>(P12)</b>.</p>
--	--	--	-----------------------	---

	<p>Avaliação do Programa e ocorrência de situações imprevistas</p>	<p>Ocorrência de situações imprevistas</p>	<p>Consumo de opiáceos e/ou drogas em paralelo</p>	<p>“Se revelarem temos que falar nas regras, isso implica, obrigatoriamente uma revisão dos objetivos e um ajuste, eventualmente, da dose, porque não é suposto, não é admissível, digamos assim, que o doente esteja a fazer o programa de metadona e fazer consumos em simultâneo, portanto, pode acontecer e acontece algumas vezes haver estas recaídas mas isso obriga-nos a um... enfim... a um novo olhar sobre a situação, discutir com o utente o que é que está a acontecer, para que isso tenha surgido, e reajustar o tratamento, os objetivos, eventualmente se o doente reconhece que não tem condições para estar a fazer o programa, propor outro tipo de programa com internamento, quer de curta duração, quer o encaminhamento para uma comunidade terapêutica, portanto, é preciso perceber o que é que se passa quando isso acontece e tirar, enfim, fazer uma outra abordagem caso seja necessário. (...) (...)” (P11).</p> <p>“(...) A esmagadora maioria dos nossos utentes não consome heroína, estando integrados em programa de metadona, não consome heroína. (...) A cocaína há mais a consumir, houve um aumento nos últimos anos no consumo de cocaína, até porque a cocaína começou a ficar cada vez mais barata, se partirmos do pressuposto que a droga é um negócio, se diminui a procura em relação à heroína tendencialmente o mercado tem de se virar para outro lado e o mercado virou-se para a cocaína e para os canabinoides e sim, por exemplo em termos de canabinoides podemos falar, não sei mas atirando assim uma percentagem de 20 ou 30 % dos utentes a consumirem canabinoides, haxixe, bolota, polén, o que quer que seja, canábis, a consumir cocaína, talvez 20%, mas isto é tudo muito relativo(...)” (P12).</p>
--	--	--	--	---

			Comportamentos de risco ao longo do programa	<p>“Ao longo do tratamento diminuem os comportamentos de risco, alias um dos objetivos é esse. Comportamentos de risco esta população tem, mas sobretudo quando está a consumir substâncias, são substâncias que interferem na sua capacidade crítica e portanto muitas vezes promovem comportamentos de risco, ou pela procura desesperada de uma droga que acabam por ter comportamentos pouco, digamos assim, que põem mesmo em risco a vida deles, (...) comportamentos delinquentiais, assaltos, roubos, e não só, e consumos asséticos, com outros... partilha de produtos para injetar (...)” <b>(P11)</b>.</p> <p>“Os comportamentos de risco tendo em conta que o nosso programa é um programa de exigência elevada, os comportamentos de risco estão mais associados ao consumo de drogas por via intravenosa e neste momento são poucos, aqueles que estão integrados em programa que o fazem, precisamente porque a droga injetada é a heroína (...) Existe também um fenómeno, um nicho, um número muito pequeno de utentes, mas que existe, que é “o do vício do pico”, como é vulgarmente chamado, que é a dependência não da substância nem do efeito da substância, mas a dependência de todo o ritual e existem muitos utentes que acabam de forma errada por fazer injeção de água destilada, até mesmo de metadona, só mesmo só pelo “ritual do pico”, o ritual da injeção” <b>(P12)</b>.</p>
		Avaliação do programa	Programa como resposta efetiva	<p>“(...) Há casos em que se pode traduzir em benefícios na saúde em determinada pessoa, há casos em que seria expectável que pudesse correr um pouco melhor e que determinada pessoa pudesse incluir um bocadinho mais do que aquilo que se constata. Porque também é verdade que, ou talvez possa ser verdade, que algumas situações mesmo naquelas pessoas que estando em programa continuam com vidas muito empobrecidas, talvez também seja verdade que se não estivessem em programa poderiam estar em situações bastante piores. Talvez possamos ver as coisas por aí. A metadona não tem de ser uma coisa má, ou não tem de ser uma coisa que se mostre disfuncional para uma pessoa com problemas de dependência de heroína.” <b>(P10)</b>.</p>

			<p>“Acredito, acredito, acredito! Até porque na minha experiência tenho alguns casos de sucesso, e, portanto, isso... nesta área, de facto nós temos que valorizar as pequenas vitórias, são momentos difíceis, com uma prevalência de recaídas grande, portanto, as nossas expetativas não podem, ou não devem ser muito elevadas, mas a verdade é que conseguimos muito bons resultados e eu acredito neste programa, claro que sim! (...) como eu comecei por dizer, nós funcionamos como uma equipa, com uma abordagem multidisciplinar, e, portanto eu acho que isso é fundamental para o tratamento(...)” (P11).</p> <p>“se partirmos do pressuposto ou do paradigma que a dependência, neste caso numa substância chamada a heroína, é vista como algo que pode ser crónico, então também temos de partir do pressuposto que esta pessoas terão de fazer uma medicação de forma crónica, isto é, durante muito tempo, pode não ser para sempre, mas durante muito tempo será, tal igual como acontece com um hipertenso ou tal igual como acontece um diabético(...) obvio que as medicações podem vir a ser ajustadas de acordo com as necessidades do doente e com a sua estabilização, obvio que numa grande parte das situações a dose da metadona pode vir a ser reduzida até valores mínimos, até são valores de contenção ou até mesmo até valores em que desaparece, e termina o programa farmacológico, são poucas as situações em que isso acontece, mas acontece, e poucas as situações acima de tudo em que isso acontece e em que a pessoa mantenha a abstinência durante muito tempo, por isso mesmo é que mais uma prova para que a dependência seja tratada como uma doença crónica, (...) Eu acredito no programa como sendo um dos pilares para o tratamento da dependência por heroína, é um dos pilares, não é o mais importante, o mais importante é a pessoa e tudo o que a rodeia a ela, este é um dos pilares (...) eu concordo com a definição de que o tratamento é mais eficaz, não sei se só é eficaz assim, mas considero que o tratamento é mais eficaz se for tido, ou se for integrado numa equipa multidisciplinar, precisamente porque, a pessoa dependente de heroína tem um conjunto de alterações que não são apenas e só as orgânicas e as que estão relacionadas com o consumo da substancia, mas sim com todas as implicações que dai derivaram, e o contributo de um psicólogo, de um assistente social de um clínico de medicina geral e familiar, de um clinico de psiquiatria, de um enfermeiro de saúde mental, ou um enfermeiro geral, ou um enfermeiro da comunitária da saúde pública, serão sempre contributos diferentes até porque a forma de olhar é sempre diferente de pessoa para pessoa, de técnico para técnico e tem muito a ver com a sua</p>
--	--	--	---

				própria formação, por isso subscrevo quem disse que o tratamento é mais eficaz se for integrado com multidisciplinidade(...)" (P12).
			Desafios ao programa	<p>"De quando em vez eu acho que o programa deve ser avaliado, e quando digo avaliado, é justamente tentar perceber que reflexos e que impactos é que está a ter nas pessoas que o integram (...)" (P10)</p> <p>"Não, é fácil os doentes acederem ao programa a partir do momento em que estão inscritos no serviço, não é nada difícil, é um programa de tratamento acessível a todos, o que às vezes é mais complicado é gerir as ausências por razões de trabalho dos utentes, isso obriga-nos muitas vezes a contactar outros serviços idênticos, de maneira a que o utente possa fazer lá as tomas seguidas, ou obriga-nos por outro lado, também a confiar a metadona a outras pessoas de maneira a que o doente não deixe de tomar durante o tempo que está ausente. Estou-me a lembrar de alguns que estão a trabalhar fora, ou que são por exemplo camionistas de longo curso, e que precisam de levar... de fazer esta toma diária, e, portanto, isso obriga-nos aqui a alguma criatividade, mas entraves burocráticos, não há." (P11).</p> <p>"(...) os desafios, também dependem daquilo que o serviço quer para si e para estes doentes, se o serviço quer para estes doentes e para si, ser apenas e só um serviço de tratamento, como as coisas estão hoje, não existem grande desafios por que os desafios é quando se quer fazer qualquer coisa de novo, o programa como existe hoje é um programa reconhecido a nível internacional como sendo um programa eficaz, é um programa (...) de grande qualidade, portante em relação ao programa de tratamento com metadona, não existem assim grandes desafios, quanto à instituição poderão existir desafios de acordo com aquilo que ela esteja disposta a investir, nomeadamente ao nível da prevenção, nomeadamente ao nível da prevenção secundário, isto é na redução de riscos e minimização de danos, trabalhando com pessoas que estão com consumos ativos, ou até mesmo na prevenção terciária, na prevenção da recaída, aí sim poderão existir mais desafios(...)." (P12).</p>