

DM  
SHIRLEY

**INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA**

PSICOLOGIA DA SAÚDE

TESE DE MESTRADO

**NÓS E A METADONA:**  
**ATITUDES E CRENÇAS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE FACE AO**  
**TRATAMENTO DE MANUTENÇÃO COM METADONA (MMT)**

SUSANA PEREIRA VIRIATO O'CONNOR SHIRLEY

ORIENTADOR: PROFESSORA DOUTORA ISABEL LEAL  
*INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA*

OUTUBRO DE 2004



ISPA Instituto Superior de Psicologia Aplicada  
Documento nº \_\_\_\_\_  
Folha nº 15801  
Data 05.05.05  
Tel: 21 661 17 50 • bibliopa@ispa.pt

## AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que tornaram possível a efectivação deste trabalho, que com o seu apoio e colaboração não teria sido concretizável.

À Professora Doutora Isabel Leal pela orientação prestada.

A todos os meus amigos, em especial à Paula Lopes que me acompanharam e incentivaram ao longo deste percurso.

À minha mãe e irmã, pelo suporte que me deram, pelas palavras de conforto e carinho nas alturas em que mais necessitava.

À Elsa Lavado pelo seu incondicional apoio e paciência pelas explicações dadas para a correcta utilização do SPSS e por toda a inferência estatística realizada a esta investigação.

À Sofia Borges Pereira pelo apoio prestado na revisão do texto da presente dissertação de mestrado.

Ao Ricardo por todo o apoio e carinho dedicados.

E a ti pai, que sei que para ti isto seria mais um motivo de orgulho...

Um muito obrigado a todos!

# ÍNDICE

LISTA DE TABELAS .....	I
LISTA DE FIGURAS .....	II
RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	IV
<b>I. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>1</b>
<b>II. TOXICODEPENDÊNCIAS: CONCEITOS E CONSEQUÊNCIAS.....</b>	<b>5</b>
2.1 CONCEITOS .....	6
2.2 CONSEQUÊNCIAS.....	9
<b>III. A TOXICODEPENDÊNCIA E O TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO.....</b>	<b>15</b>
3.1 OS TRATAMENTOS DE SUBSTITUIÇÃO.....	17
3.1.1 EVOLUÇÃO DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO EM PORTUGAL .....	18
3.2 O TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO COM METADONA.....	19
3.2.1 BREVE HISTÓRIA DA METADONA.....	24
3.2.1.1 FARMACOLOGIA.....	26
3.3 OS DIFERENTES PROGRAMAS DE TRATAMENTO DE EXIGÊNCIA.....	27
3.3.1 PROGRAMAS DE ALTO LIMIAR DE EXIGÊNCIA.....	27
3.3.2 PROGRAMAS DE MÉDIO LIMIAR DE EXIGÊNCIA.....	28
3.3.3 PROGRAMAS DE BAIXO LIMIAR DE EXIGÊNCIA .....	29
<b>IV. Os PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A TOXICODEPENDÊNCIA .....</b>	<b>32</b>
4.1 O MÉDICO.....	34
4.2 O ASSISTENTE SOCIAL.....	35
4.3 O PSICÓLOGO.....	37
4.4 O ENFERMEIRO.....	38

<b>V. CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>40</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS CRENÇAS.....	41
5.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ATITUDES.....	43
5.3 ESTUDOS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DAS ATITUDES E CRENÇAS FACE AOS TRATAMENTOS DA TOXICDEPENDÊNCIA.....	51
<b>VI. OBJECTIVO DO ESTUDO.....</b>	<b>54</b>
<b>VII. MÉTODO.....</b>	<b>56</b>
7.1 PARTICIPANTES.....	56
7.1.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA .....	57
7.2 MATERIAL .....	61
7.2.2 ANÁLISE FACTORIAL DA ESCALA DE ATITUDES E CRENÇAS.....	67
7.3 PROCEDIMENTO.....	68
<b>VIII. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>70</b>
8.1 ATITUDES E CRENÇAS.....	70
<b>IX. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>83</b>
9.1 PROFISSÃO E AS ATITUDES E CRENÇAS.....	83
9.2 GÉNERO E AS ATITUDES E CRENÇAS.....	85
9.3 ANOS DE EXPERIÊNCIA E AS ATITUDES E CRENÇAS.....	86
9.4 REGIÃO E AS ATITUDES E CRENÇAS.....	88
<b>X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>94</b>
<b>XI. ANEXOS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXO A .....</b>	<b>100</b>
<b>ANEXO B .....</b>	<b>105</b>

**LISTA DE TABELAS**

<b>TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO EXERCIDA .....</b>	<b>58</b>
<b>TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A PROFISSÃO, GÉNERO, ESTADO CIVIL E TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA DA TOXICODEPENDÊNCIA .....</b>	<b>58</b>
<b>TABELA 3. DOMÍNIO “CRENÇAS DE BENEFÍCIO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA .....</b>	<b>64</b>
<b>TABELA 4. DOMÍNIO “CRENÇAS DE CENSURA FACE À TOXICODEPENDÊNCIA .....</b>	<b>64</b>
<b>TABELA 5. DOMÍNIO “CRENÇAS SOBRE O MMT” .....</b>	<b>65</b>
<b>TABELA 6. DOMÍNIO “ATITUDES ORIENTADAS PARA A ABSTINÊNCIA” .....</b>	<b>66</b>
<b>TABELA 7 DOMÍNIO “ATITUDES ORIENTADAS FACE AO MMT” .....</b>	<b>66</b>
<b>TABELA 8. PROFISSÃO / ITENS DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>70</b>
<b>TABELA 9. TENDÊNCIA DE RESPOSTA / SEGUNDO A PROFISSÃO.....</b>	<b>72</b>
<b>TABELA 10. GÉNERO / ITENS DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>73</b>
<b>TABELA 11. TENDÊNCIA DE RESPOSTA/ SEGUNDO O GÉNERO .....</b>	<b>74</b>
<b>TABELA 12. ANOS DE EXPERIÊNCIA/ ITENS DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>75</b>
<b>TABELA 13. TENDÊNCIA DE RESPOSTAS / SEGUNDO OS ANOS DE EXPERIÊNCIA .....</b>	<b>78</b>
<b>TABELA 14. REGIÃO / ITENS DO QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>79</b>
<b>TABELA 15. TENDÊNCIA DE RESPOSTA /SEGUNDO A REGIÃO.....</b>	<b>82</b>

**LISTA DAS FIGURAS**

<b>FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DISTRITAL DA AMOSTRA .....</b>	<b>59</b>
<b>FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS TÉCNICOS POR REGIÃO .....</b>	<b>60</b>

## RESUMO

Sendo a toxicodependência um problema à escala mundial e sendo específica das sociedades modernas, todas as acções promovidas para debelar este fenómeno, têm-se demonstrado infrutíferas.

Com o incremento das patologias associadas ao consumo de opiáceos (HIV/Sida, hepatites, tuberculose), as sociedades sentiram necessidade de implementar programas de tratamento que fizessem face a estas problemáticas.

O tratamento de manutenção com metadona destaca-se actualmente, dos restantes sendo o que, mais valias apresenta, no combate às referidas patologias, associadas ao consumo de opiáceos.

Apesar de ser o tipo de tratamento mais investigado na actualidade pelo corpo científico, a forma como os técnicos preconizam este tratamento, pode influenciar a eficácia do mesmo, sendo para tal necessário o estudo das atitudes e crenças que os próprios profissionais apresentam do mesmo.

Nesta investigação, analisamos o tipo de crenças e atitudes dos profissionais que intervêm no tratamento de manutenção com metadona e se estas são influenciadas por variáveis como a profissão, o género, os anos de experiência e a região a que o profissional pertence. Este estudo explora as atitudes e crenças de 175 profissionais de saúde, em função do tratamento de manutenção com metadona e da toxicodependência em geral.

Os resultados encontrados sugerem que as atitudes e crenças em função do tratamento de manutenção com metadona são influenciadas pelas variáveis em estudo, designadamente, a categoria profissional, os anos de experiência do técnico na toxicodependência, a região em que o mesmo preconiza o tratamento e o género.

## ABSTRACT

Being the drug addiction a problem of global scale and specific of modern societies, all the actions to control this phenomenon have demonstrated to be useless. With the increase of all diseases associated to drug use (HIV, Aids, hepatitis, tuberculoses) the societies feel the need to implement treatment programs that would face this problem.

Nowadays the methadone maintenance treatment is the most common treatment comparing with others and is the more effective treatment to prevent and decrease the pathologies associated to the heroin use.

Despite of being the type of treatment with more research by the scientific community, the attitudes and beliefs about the treatment in which the professionals are involved can manipulate the efficacy of the treatment.

In this research, we explore the different attitudes and beliefs of staff working in methadone maintenance treatment and if this is induced by variables as gender, job titles, years of experience in the treatment field and province of the country that the staff belongs. This study surveyed staff ( $N=175$ ) in methadone treatment programs to examine addiction and methadone treatment attitudes and beliefs.

The results suggest that attitudes and beliefs are biased by the variables in study namely the job category, years of experience in the treatment field and county that the staff belongs.

## I. INTRODUÇÃO

O crescimento, nos últimos anos, de consumidores de opiáceos tornou-se um tema complexo, privilegiando a curiosidade e preocupação, por parte dos profissionais de saúde e da população em geral. O aumento significativo de consumidores com subsequente desestruturação familiar, pequena criminalidade destinada a obter meios de aquisição de droga, prática de prostituição para angariar proventos para a dose diária e o aumento dos casos de infecção pelo HIV e Hepatite B e C, originou um incremento de estruturas de tratamento na área da toxicodependência, de instituições de prevenção e da produção de um corpo de investigações, teorias e abordagens ao fenómeno.

Face aos factos, surgem modos de actuação rápida e eficaz, que se traduziram na implementação de terapias, uma das quais de substituição, através de um composto quimicamente semelhante ao da heroína, a metadona.

Em meados dos anos oitenta, em Portugal, proliferavam os tratamentos com o agonista opiáceo. As desintoxicações rápidas acabam por cair em desuso e são incorporados dois novos tipos de programas, os de manutenção com metadona e os programas com antagonista opiáceo.

Após esta época, o crescimento dos programas terapêuticos desenvolveu-se sem qualquer constrangimento e, em meados dos anos noventa, a principal preocupação dirige-se para o aumento dramático de utentes em programas de substituição opiácea e a crescente percentagem de doenças correlacionadas com o consumo injectável de drogas (Vasconcelos, 2000). Surgem então os programas de

terapêuticos de baixo limiar que apresentavam como objectivo principal a administração de um agonista opiáceo, a metadona, de forma a diminuir as necessidades habituais do consumo de opiáceos e a conduzir progressivamente o consumidor para um programa terapêutico integrado, com maior nível de exigência.

Os profissionais de saúde deparavam-se com inúmeras dúvidas técnicas e respostas insuficientes face às necessidades, o que origina uns anos mais tarde, o desenvolvimento de programas direccionados para minimizar os danos e reduzir os riscos do consumo a nível bio-psico-social.

Actualmente verifica-se uma heterogeneidade de propostas terapêuticas para os indivíduos que procuram tratamento, o que pode originar nos profissionais de saúde que trabalham na área, uma diversidade de crenças sobre o tratamento específico a propor e de atitudes perante o mesmo. Neste sentido, as crenças são construídas a partir da experiência de cada indivíduo através da interacção com o meio e permitem categorizar a realidade, contribuindo para a sua organização.

As atitudes, sendo distintas das crenças, influenciam igualmente o comportamento, funcionando como indicadores da forma como as pessoas dão sentido às experiências. Rosenberg e Hovland, na década de 60, propuseram um modelo de três componentes a fim de caracterizar as atitudes (Lima, 1993 e Stroebe & Stroebe, 1995):

- Reacções cognitivas expressas por crenças acerca do objecto. Estas crenças estão relacionadas com ligações percebidas entre o objecto da atitude e os vários atributos com que é conotado, quer positiva quer negativamente.

- Reacções afectivas relacionadas com as emoções que as pessoas expressam em relação ao objecto.

- Reacções comportamentais relacionadas com acções em relação aos objectos comportamentais.

Sendo a investigação uma avaliação de atitudes e crenças dos profissionais de saúde, uma área ainda pouco estudada em Portugal, propomos saber quais as atitudes e crenças dos diversos profissionais de saúde perante o programa de manutenção com metadona.

Usualmente estes programas integram uma equipe multidisciplinar, que compreende médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e técnicos psicossociais, cada um deles com as suas próprias crenças e atitudes perante esta problemática e o tratamento. Pelo que importa verificar de que modo uma diferente formação profissional influi nas crenças e atitudes a tomar relativamente aos outros e ao tratamento que preconizam, nas suas respectivas dimensões.

Neste sentido, pensamos que as atitudes e crenças dos profissionais de saúde poderão ser variáveis importantes para a nossa investigação, na medida em que podem influenciar o comportamento e empenho dos mesmos perante o tratamento, pondo eventualmente em questão a sua eficácia.

De forma a interpretar estas variáveis, vamo-nos basear na teoria de Ajzen que distingue as atitudes das crenças e o modo de interacção entre ambos os constructos. Este autor explica de que modo as atitudes influenciam o comportamento, ou seja, o “como” e o “porquê” das crenças pessoais alterarem a forma de agir num dado contexto.

A escolha deste tema deve-se essencialmente à sua pertinência social e de saúde pública, e ao facto de até ao momento, não se conhecerem estudos em Portugal, na psicologia da saúde e no âmbito das atitudes e crenças neste contexto. Esperamos que através do modelo de Ajzen e recorrendo a algumas das

metodologias mais empregues na psicologia da saúde, possa realizar-se um trabalho capaz de revelar uma utilidade e interesse prático.

Neste estudo iremos utilizar uma amostra composta por 4 categorias profissionais, as que prevalecem nos centros de atendimento ao toxicodependente, que lidam diariamente com consumidores de substâncias psicoactivas e especificamente com o programa de substituição com metadona.

Na primeira parte deste trabalho, apresentamos uma revisão de literatura sobre a pesquisa desenvolvida no quadro das perspectivas histórica, sociológica, clínica das toxicodependências, dos programas de substituição e da metadona. Nesta componente teórica, apresentamos igualmente o modelo de Ajzen que nos serviu de enquadramento neste trabalho, e consideramos os conceitos de atitudes e crenças, tal como foram propostos.

Num segundo momento, apresentamos a investigação empírica que realizámos sobre as atitudes e crenças entre as quatro categorias profissionais sobre o tratamento de substituição empregado em consumidores de substâncias psicoactivas e aos comportamentos associados à toxicodependência. Apresentam-se também as estratégias conceptuais e metodológicas que presidiram à construção do instrumento utilizado, bem como os critérios de escolha da população e de selecção da amostra.

Por último, sistematizamos os resultados obtidos e as conclusões gerais desta investigação, seguidas de alguns comentários e de sugestões quanto a possíveis linhas de pesquisa que o nosso trabalho poderá permitir planear e explorar no futuro.

## II. TOXICODEPENDÊNCIAS: CONCEITOS E CONSEQUÊNCIAS

O consumo de drogas tem uma história longa, de séculos, nas sociedades humanas e sentidos sociais e culturais vários, nem sempre desviantes.

As drogas podiam proporcionar formas de contacto com os Deuses, aprofundamento do conhecimento de si próprio e desenvolvimento da imaginação e da criatividade.

Desde as antigas colónias britânicas e holandesas, o consumo de ópio era um fenómeno bastante disseminado, e enquanto potenciais colónias, estas tinham como tradição fornecer ópio a consumidores dependentes de opiáceos (Berridge, 1999). Durante várias décadas, a prática generalizada na Grã-Bretanha consistia em prescrever medicamento opiáceos, a consumidores de opiáceos, sendo estes eram encarados como pacientes necessitados de medicação com vista a aliviar o seu sofrimento.

No início do século XIX, com a emergência das sociedades industriais, foi o consumo de álcool e o alcoolismo, entre as classes operárias que se constituiu como um problema social, nos EUA e na Europa, conduzindo a uma reflexão ao nível da sociologia e da medicina.

A censura social do consumo de substâncias surge quando este atinge determinados grupos sociais e se alarga a um enorme número de indivíduos.

Actualmente, em Portugal a toxicodependência e à semelhança de outros países ocidentais, é uma problemática de extrema complexidade relacionada com o consumo de heroína.

Relativamente a dados portugueses, estes são praticamente inexistentes até ao início dos anos setenta, mas o regresso maciço de portugueses das ex-colónias contribuiu para a visibilidade do fenómeno social das drogas, acentuando-se no decurso dos anos oitenta. A partir dos anos oitenta, o fenómeno da *toxicoddependência* começa a ocupar uma posição importante no debate público, verifica-se um aumento exponencial no consumo de substâncias ilícitas e um incremento de diversas doenças infecciosas associadas aos consumidores.

Surge, no mercado português, a heroína mais cara do que todas as outras drogas existentes até então, originando uma dependência física muito mais rápida e mais intensa.

Este fenómeno instala-se de uma forma acentuada e, hoje em dia, o padrão evolutivo do fenómeno é em tudo semelhante ao de outros países europeus. Actualmente o consumo problemático de substâncias centrou-se na utilização de droga pelos jovens, sendo um fenómeno com dimensões incalculáveis e que envolve directamente todos os indivíduos.

Assim, uma abordagem multidisciplinar, dinâmica e humanista é imprescindível, ou seja, exige-se equipas de profissionais variados, para uma abordagem que se funda numa prática dentro de um espaço, com relações de pessoa a pessoa, com troca de informação constante e de relações intersubjectivas e interactivas, com uma estratégia de intervenção hierarquizada.

## **2.1 CONCEITOS**

O conceito de *toxicoddependência* não é recente, apesar de se falar actualmente mais no problema e de eventualmente existir um maior número de indivíduos com consumos em termos de quantidade. As drogas sempre foram

utilizadas pela Humanidade, seja na área da medicina, seja por puro e simples prazer ou para alteração da percepção da realidade.

Este fenómeno surge na encruzilhada de múltiplas dimensões e as diversas ciências médicas, sociais e humanas têm dado um contributo para um melhor conhecimento do mesmo. Não existe uma teoria, simultaneamente única e verdadeira, que explique os comportamentos dos consumidores e dos diversos profissionais que, por vezes, apresentam contributos complementares e igualmente contraditórios.

Antes de nos focarmos neste termo, devemos abordar o significado de dependência, quer seja a propósito de consumo de substâncias psicoactivas ou por comportamentos repetidos sem controlo.

O termo *dependência* derivado do latim *pendere* apresenta dois sentidos: depender de (sentido passivo) e estar agarrado (sentido activo). O dicionário de Morais (1987, cit. por Ribeiro, 1995), define dependência como “a necessidade que uma coisa tem de estar para outra ser ou existir”.

Nos finais do século XIX, este termo define-se como uma forte inclinação para adoptar um certo tipo de comportamento, sem que isso implique sentido pejorativo.

As primeiras formulações do termo *toxicodependência* provêm do campo da medicina no século XIX em Inglaterra e depois na França, a fim de designar uma relação particular de um indivíduo com várias substâncias psicoactivas.

Em 1953, Porot assumia a *toxicodependência* como a “apetência anormal e prolongada, manifestada por certos sujeitos em relação a drogas cujo efeito analgésico, euforizante ou dinamizante conheceram acidentalmente ou procuraram voluntariamente” e que esta apetência se conduz rapidamente a um aumento progressivo das doses (Braconnier & Marcelli, 1992). Desta afirmação, ressaltam conceitos como a *tolerância* (redução da sensibilidade a uma substância após a

administração repetida, o que origina um aumento das doses para atingir um efeito semelhante ao anterior), apesar de se centrar no efeito farmacológico do consumo da droga.

Em 1969, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define *farmacod dependência* como “estado psíquico e às vezes físico, resultante da interacção entre um organismo vivo e um medicamento. Esta interacção caracteriza-se por alterações no comportamento e por outras reacções que obrigam, cada vez mais intensamente, o indivíduo a tomar um medicamento de forma continuada ou periódica, a fim de obter os seus efeitos psíquicos e algumas vezes para evitar o mal estar da privação. Este pode ser acompanhado ou não de tolerância”<sup>1</sup>. Verifica-se uma evolução temporal, através do aumento de doses de uma substância. Desta definição ressaltam termos como *habituação*, *tolerância* e *dependência física e/ou psíquica*, variável de acordo com o tipo de droga e que constituem um síndrome de abstinência pela privação da droga em causa.

Após inúmeras definições, a OMS foca-se nos aspectos clínicos da *toxicod dependência* e desenvolve linhas de diagnóstico para as diversas perturbações mentais e do comportamento pelo consumo de substâncias psicoactivas.

De acordo com os critérios de diagnóstico do DSM IV (APA, 1994), a dependência de substâncias psicoactivas assenta em 4 sintomas que evidenciam preocupação psicossocial dominante, onde fazem parte outros critérios:

- Dispendio de muito tempo em actividades necessárias à obtenção da substância de consumo ou à recuperação dos seus efeitos.

---

<sup>1</sup> Definição retirada de D. Marcelli e A. Bracconier, (1989), p268.

- Sintomas frequentes de intoxicação ou abstinência, quando necessário cumprir obrigações profissionais, escolares, domésticas ou quando a utilização da substância é fisicamente perigosa.
- Afastamento ou redução de importantes actividades sociais, profissionais ou recreativas devido à utilização da substância, apesar de saber que este uso causa ou exacerba problemas sociais, físicos ou psicológicos recorrentes.
- Utilização continuada da substância apesar de saber que este uso causa ou exacerba problemas sociais, físicos ou psicológicos recorrentes.

## **2.2 CONSEQUÊNCIAS**

O uso de todas as substâncias sejam elas lícitas ou ilícitas tem, em maior ou menor grau, efeitos e consequências negativas. Facto este, que não invalida a existência de efeitos tidos como positivos pelo utilizador.

As consequências e efeitos do seu uso podem ser produto exclusivo das propriedades da substância, ou produto da intervenção ou interacção com outros factores (por exemplo: as consequências associadas à via de administração). Quando se lida com as drogas em geral, sejam elas lícitas ou ilícitas, existem de facto efeitos negativos que não devem ser ignorados, sendo que esses efeitos e consequências são diferentes de substância para substância, de indivíduo para indivíduo, diferindo igualmente em função dos padrões de uso e do contexto em que são usadas.

Não existe um retrato-tipo de consumidor, pois não se pode definir nem pela idade, nem pelo sexo, nem por pertencer a uma certa categoria social ou cultural.

Apesar de tal constatação, terá de se levar em linha de conta o encadeamento de três factores que são usualmente aceites: os que predispoem o

indivíduo a iniciar-se nessas condutas, o efeito farmacológico resultante da utilização das diversas substâncias psicoactivas e os riscos associados aos consumos da substância.

Relativamente à iniciação dos consumos, diversos autores defendem que os factores sociais, situacionais e ambientais seriam um argumento viável neste domínio, enquanto os factores individuais teriam maior influência na escalada dos consumos (U.S. Government Office of Technology Assessment, 1994). Para outros, a iniciação dos consumos é antecedido por um conjunto de sinais, que podem ir desde a desmotivação, à curiosidade, à vontade de ter experiências novas, à aceitação no grupo de pares, imitando os comportamentos que observa e a esperar a sua aprovação, ou a uma contestação direccionada a uma autoridade instituída.

No tocante, aos riscos associados ao consumo endovenoso, estes prendem-se principalmente pela proliferação de doenças infecto-contagiosas, através da partilha de material de injeção contaminado. A tomada de consciência das más condições sanitárias em que, na maior parte dos casos, os toxicodependentes se injectam, levou os países europeus a desenvolver medidas de promoção de boas práticas de injeção, quer pela difusão de informação quer pela educação (a qual se apelida de Redução de Riscos e Minimização de Danos).

Desta forma, as consequências do consumo de substâncias inscrevem-se em inúmeras situações de risco e são alvo de medidas preventivas, mais ou menos, específicas.

Sendo a heroína uma das substâncias com maior prevalência no consumo actualmente em Portugal, conjuntamente com a cocaína, são também as duas principais substâncias utilizadas pelos indivíduos que recorrem ao tratamento.

O consumo deste opiáceo (heroína) provoca no organismo uma adaptação neurológica que perturba o sistema de regulação, resultando uma disforia e um

estado de privação que persistem mesmo para além da fase principal de reacção à abstinência.

Sendo a heroína um opiáceo, tem uma acção depressora ao nível do sistema nervoso central, ao passo, que a cocaína é um estimulante do sistema nervoso central.

Apresenta-se sob a forma de pó branco ou castanho, cujo princípio activo é a diacetilmorfina ou heroína. Pode ser directamente inalada por via nasal, pura ou misturada; pode igualmente ser fumada com tabaco ou só no seu estado puro ou aspirando os vapores libertados pelo seu aquecimento; actualmente, muitos dos consumidores preparam-na dissolvida em água quente, filtrada por um algodão e consumida por via endovenosa, apresentando-se como um ritual (Lowenstein, et al. 1998).

A heroína é uma droga de aparecimento recente, no início dos anos setenta, nos EUA, em grupos sociais afro-americanos e hispâno-americanos e, na segunda metade dos anos setenta, na Europa Ocidental nos meios suburbanos. Era uma droga consumida, sobretudo por indivíduos do sexo masculino e por grupos sociais minoritários.

O seu consumo torna-se objecto de uma grande preocupação por parte de instituições sociais, principalmente devido à delinquência associada e à alta taxa de mortalidade por overdose<sup>2</sup>.

Esta substância apresenta uma breve história na sua emergência, surge nos anos setenta uma preparação homogénea e bastante dispendiosa, com um elevado teor de heroína, cujo nome "*branca*" lhe foi atribuído pela sua cor, surge logo de seguida, uma mistura compacta, com um baixo teor de heroína, de cor escura e

---

<sup>2</sup> Nos últimos anos a preocupação social relativa ao uso/abuso de heroína centra-se nos comportamentos delinquentes e nos problemas graves de saúde associados ao seu consumo intravenoso, como as hepatites e o HIV/SIDA.

menos cara a que apelidaram de “*brown*”. Com o passar dos anos, a qualidade e pureza da heroína têm sido cada vez menor, muitas vezes cortada com excipientes destinados a estabilizar a molécula (ácido cítrico, ácido láctico, etc.), ou por vezes, com produtos que podem pôr em risco a própria vida do consumidor como açúcar em pó, farinha, aspirina, e por vezes, estriçnina.

Os efeitos da heroína manifestam-se durante 4 a 6 horas. Inicialmente, os indivíduos podem sentir náuseas e vômitos que são depois substituídos por sensação de bem-estar, excitação, euforia e prazer. Concomitantemente, o indivíduo pode sentir uma sensação de tranquilidade, alívio da dor e da ansiedade, sonolência, letargia, entre outras.

O consumo de heroína apresenta uma tolerância rápida e precoce e não se desenvolve de uma maneira uniforme face aos outros sintomas. A dependência física e psíquica é marcada, instalando-se rapidamente. A primeira é responsável pelo síndrome de abstinência severo, manifestando-se através de vômitos, náuseas, insónia, ansiedade, febre, suores, espasmos, caimbras abdominais e diarreia. Estes sintomas são aliviados pelo novo consumo de substâncias opiáceas.

A dependência psicológica é a mais difícil de ultrapassar, pois instala-se uma rotina diária, de atitudes “sedutoras” de manipulação, com o fim de adquirir droga para o consumo, o que origina um ciclo, no qual o consumidor se sente impotente de quebrar.

Assim que se instala um padrão compulsivo de consumo, é praticamente impossível o retorno a padrões controlados de consumo ocasional mesmo que o indivíduo, até então, tenha consumido esporadicamente.

Apesar de tudo, torna-se difícil traçar um quadro médio rigoroso aplicável à grande maioria dos toxicodependentes, pois existe uma variedade de indivíduos nos quais pode surgir qualquer síndrome clínic.

A síndrome de abstinência passa por diferentes fases, inicialmente ocorrem bucejos contínuos, choro, sudorese agitação e inquietação, e de seguida, pode originar sintomas como ansiedade, irritabilidade, tremores, dores e espasmos musculares. Com a progressão do quadro de abstinência surgem náuseas, vômitos, diarreia, ejaculação espontânea, dores fortes e febre.

Usualmente, estes consumidores apresentam um policonsumo de heroína com cocaína e outras substâncias, a fim de combater os efeitos depressores da heroína, sendo o mais comum o “speedball”, uma mistura de heroína e cocaína injectada.

Em suma, a heroíno dependência instala-se como outra qualquer dependência de substâncias, com a particularidade da substância de consumo – a heroína.

É a principal substância consumida em Portugal, segundo dados do Relatório Anual do Instituto Português da Droga e da Toxicodependência<sup>3</sup> (2000), entre os utentes das consultas de triagem que responderam ao questionário do Serviço de Prevenção e Tratamento de Toxicodependência<sup>4</sup> (SPTT). O número de consumidores de substâncias psicoactivas é desconhecido, mas a heroína é o seu produto de eleição.

Por sua vez, o consumo/abuso de cocaína surge na segunda metade dos anos setenta, epidemicamente, nos EUA, estando associada à imagem de êxito social. O consumo acentuado desta substância generalizou-se às diferentes classes sociais e teve forte aceitação nos consumidores de outras substâncias como a heroína, o álcool ou as anfetaminas, tornando-se num grave problema de saúde pública. Continua a ser consumida nos anos oitenta, sobretudo por jovens da classe média, com meios económicos relativamente elevados.

---

<sup>3</sup> Actual IDT

<sup>4</sup> IDEM

Em Portugal, é nos anos oitenta que surge no mercado negro, inicialmente era uma droga de elite, mas rapidamente sofre uma banalização e generalização do seu consumo.

A cocaína apresenta uma acção intensa, porém breve (dura cerca de 30 minutos). Fisicamente é uma substância que provoca euforia, diminuindo a fadiga e a necessidade de dormir, interferindo com os padrões normais do sono. Pode provocar aceleração do ritmo cardíaco, aumento da tensão arterial, aumento da temperatura corporal e da sudação, bem como tremores ou convulsões. O indivíduo poderá igualmente experimentar exaltação, intenso bem-estar e maior segurança em si próprio, nas suas competências e capacidades.

Quando o consumo é continuado e abusivo, origina uma tolerância inicial que se desenvolve rapidamente e após esta fase inicial, a tolerância não parece acentuar-se (Schuckit, 1996).

A cocaína não produz dependência física, no entanto é a droga com maior potencial de desenvolver dependência psicológica<sup>5</sup>. A curta duração dos seus efeitos induz facilmente ao consumo compulsivo. Relativamente ao síndrome de abstinência, este não apresenta sinais físicos típicos, mas pode ter alterações psicológicas notáveis: hiper-sonolência, apatia, depressão, ideação suicida, ansiedade, agitação, confusão e surtos psicóticos. Os indivíduos podem experimentar a chamada “psicose da cocaína”, similar à psicose esquizofrénica, com ideias delirantes de tipo persecutório e alucinações auditivas e/ou visuais (portaldrogas.com, 2003).

---

<sup>5</sup> Por esta razão a cocaína é apelidada pelos seus consumidores como a “gulosa”.

### III. A TOXICODEPENDÊNCIA E O TRATAMENTO DE SUBSTITUIÇÃO

Ao longo de diversos anos, foram implementadas distintas formas terapêuticas com vista a colmatar a dependência física e psicológica de substâncias psicoactivas.

Actualmente, os indivíduos dependentes de opiáceos, em particular, têm ao seu dispor um leque variado de tratamentos pelos quais podem optar, nomeadamente, tratamentos através de fármacos, como metadona, buprenorfina, naltrexona e, intervenções não farmacológicas, como grupos de auto-ajuda.

De entre os tratamentos farmacológicos existentes, vamos debruçar a nossa investigação num específico, o tratamento de substituição com metadona.

Os tratamentos de substituição, hoje largamente aceites, provêm de um modelo vindo dos Estados Unidos, elaborado em meados dos anos setenta por dois investigadores, Dole e Nyswander. Estes hipotizaram que a dependência de opiáceos era uma doença fisiológica caracterizada por uma deficiência metabólica permanente e cuja melhor maneira de controlá-la era administrar ao indivíduo dependente de opiáceos, uma determinada quantidade do medicamento (a metadona) com a finalidade de estabilizar a referida deficiência metabólica. Tinham igualmente observado, que os pacientes que se auto-administravam metadona, pareciam estabilizar a um certo nível de dose, susceptível de ser mantido através de uma dose diária. Os indivíduos aos quais se administrava doses altas diariamente, não apresentavam sintomas de ansiedade nem os efeitos eufóricos provocados pelo consumo de heroína, e por tal, o indivíduo adquiria uma

oportunidade de melhorar a sua inserção social através de serviços psicoterapêuticos e de reabilitação integrados no programa ( Verster & Buning, s.d.).

Nos primeiros tempos, este sistema foi comparado de uma forma pragmática à administração de insulina a diabéticos, a partir da ideia de que um heroinómano acabava por produzir uma quantidade insuficiente de um composto corporal desconhecido, que a metadona vinha substituir.

Na sua generalidade, os tratamentos de substituição por opiáceos (metadona, buprenorfina, LAAM e, por vezes, codeína ou morfina de efeito prolongado) destinam-se a neutralizar as adaptações que afectam o sistema nervoso central e, de certa forma, a permitir ao consumidor de substâncias psicoactivas levar uma vida não condicionada por problemas decorrentes da sua dependência.

Desta forma, a lógica deste tipo de tratamento é recorrer a agonista apropriados, ou seja, a substâncias que produzem os mesmos efeitos biológicos sem, no entanto, terem a mesma tendência para perturbar o comportamento e provocar uma intoxicação. Na óptica da investigação médica, são três os tipos de agonistas geralmente utilizados: a metadona, a buprenorfina e o l-alfa-acetilmetadol (LAAM)<sup>6</sup>.

Após várias investigações, nas quais se demonstrou a redução do consumo de heroína e da actividade criminal, o tratamento de manutenção com metadona rapidamente se converteu na terapia de substituição para a dependência de opiáceos.

---

<sup>6</sup> Actualmente, o LAAM não se encontra em uso, tendo sido retirado do mercado em meados do ano 2000, devido a complicações físicas (nomeadamente cardíacas e respiratórias) provocadas pela sua administração.

### 3.1 OS TRATAMENTOS DE SUBSTITUIÇÃO

Os programas de substituição cujo objectivo é, numa primeira fase, a “estabilização” do consumidor e, a longo prazo, a saída da toxicod dependência, apelam a “curas” de longa duração que muitas vezes se prolongam por vários anos, seja por meio de um agonista opiáceo – metadona, seja por meio de um agonista antagonista – a buprenorfina.

Os programas de substituição com agonistas – que se baseiam na utilização de opiáceos de acção prolongada com a finalidade de neutralizar a adaptação neurológica nos toxicod dependentes – são uma prática bem estabelecida e cientificamente comprovada, mas válida unicamente para dependentes de opiáceos.

Nomeadamente, os programas de substituição de metadona representam a transferência de um opiáceo auto-injectado e fortemente aditivo, administrado sob prescrição e controlo médico. De um modo geral, estas substâncias são tomadas por via oral, diluídas em sumo ou em água, evitando-se as seringas, reduzindo de imediato as consequências negativas para a saúde, relacionadas com a administração intravenosa de substâncias psicoactivas (Casa, M., 1995).

A substituição é encarada como um instrumento regulador da dependência, mas nunca como uma desabilitação, dado que estas substâncias, tal como a heroína, provocam habituação e possuem efeitos secundários idênticos.

De entre as diversas modalidades terapêuticas de substituição, a metadona é a mais utilizada; embora a buprenorfina se encontra também actualmente a ser mais frequente e, a título experimental é utilizada em alguns países, a heroína de laboratório.

Inicialmente, foram concebidos como meio de combater a dependência de heroína e, recentemente, foram alargados ao campo da saúde pública com vista à diminuição da propagação do HIV nos dependentes de opiáceos.

### **3.1.1 EVOLUÇÃO DAS TERAPIAS DE SUBSTITUIÇÃO EM PORTUGAL**

O percurso da utilização das terapias de substituição em Portugal pode ser dividido em três fases fundamentais.

Uma primeira fase, de 1977 até finais de 1992, na qual, cada instituição preconizava o seu tipo de terapia e considerava que o seu modelo era superior aos das outras instituições. Em meados de 87 e até ao final de 92, surge uma nova forma de visualizar o tratamento, o CEDP/Norte (Centro de Estudos de Profilaxia da Droga) disponibiliza, pela primeira vez, dois tipos de tratamento em conjunto: um programa de substituição com agonista e um programa de manutenção com antagonista.

Em 1989, introduz-se as terapias não opiáceas com  $\alpha 2$  agonista e a naltrexona, designado como um modelo alternativo, que coincidiu com o momento em que o programa de substituição com metadona no CEDP/Norte aumentou o número de utentes e ficou sem stock de metadona. As desintoxicações rápidas acabaram por substituir os programas de substituição com metadona de 21 dias e assim, passaram a existir dois programas de tratamento: um de manutenção com naltrexona e um de manutenção com metadona, permitindo aumentar a resposta aos utentes que procuravam tratamento, sobretudo aos dependentes que não queriam ser inseridos nos programas de manutenção com metadona.

Numa segunda fase, que vai desde final de 1992 até início de 1998, verifica-se um alargamento dos tratamentos de substituição com metadona e surge um outro agonista opiáceo de substituição designado por LAAM.

Em Maio de 1994, Portugal tem acesso a um novo agonista opiáceo designado por LAAM, que surge em dois centros, no Centro das Taipas e na extensão de Gondomar. A partir desta altura, o crescimento dos programas desenvolveu-se sem qualquer constrangimento.

A partir de 1998, entra-se numa terceira fase, com um incremento do número de utentes em programas de substituição com metadona (Vasconcelos, 2000) e, a principal preocupação dirige-se para criação de programas ditos de redução de riscos e minimização de danos.

Neste tipo de programas é assumida a quase não existência de regras para os seus utentes: podem consumir drogas, podem faltar às tomas, não estão sujeitos a controles urinários e a confrontos. Têm um cariz mais social e uma componente terapêutica mais simples, realizam a administração de um agonista opiáceo, a metadona, de forma a diminuir as necessidades habituais do consumo de opiáceos e levar progressivamente o consumidor a um programa terapêutico com maior nível de exigência.

### **3.2 O TRATAMENTO MANUTENÇÃO COM METADONA**

Segundo os regulamentos da Food and drug Administration (EUA) define-se como situação de “manutenção sob metadona” qualquer tratamento que implique a administração do agonista por um período de tempo superior a 30 dias. De acordo com este critério, nenhum toxicodependente pode ser mantido sob administração de metadona mais de 30 dias a não ser que exiba sintomatologia fisiológica de dependência (síndrome de abstinência) e que, concomitantemente, tenha um registo histórico de mais de um ano como toxicodependente. Se a sua documentação pessoal referir uma história de dependência inferior a um ano, o

paciente deve terminar o regime de administração de metadona antes de atingir os 30 dias previstos na lei.

A única exceção a esta regra aplica-se a pacientes hospitalizados para tratamento de problemas médicos, cirúrgicos ou obstétricos. Nesta situação caberá ao médico que acompanha o caso, a decisão de manter a dependência de qualquer toxicodependente durante o tempo necessário à resolução do seu problema de saúde primário.

Os sintomas clássicos de abstinência de consumo de opiáceos são facilmente reconhecidos e tornam-se manifestos 8 a 12 horas após a administração da última dose.

Em geral, o doente admitirá a necessidade de consumir e exibirá sudação, bucejamento, lacrimação, tremor, rinorreia, irritabilidade marcante, pupilas dilatadas e aumento da cadência respiratória. Os sinais de abstinência mais severos ocorrem 48 a 72 horas depois da última dose. Estes sinais são similares aos anteriormente descritos, embora se possam manifestar só 30 a 40 horas após a última dose e desaparecer apenas após um período de 2 a 4 semanas. Modo geral, é administrada por via oral em líquido ou comprimidos, pondo de lado as consequências negativas para a saúde (tais como hepatite e SIDA) relacionadas com a administração de substâncias por via endovenosa (Patrício, 1997).

Depois de identificado o início do síndrome de abstinência a um toxicodependente, deve ser administrada a quantidade aproximada de metadona por via oral<sup>7</sup>. No caso do paciente em questão ser conhecido por consumir doses particularmente pesadas, a dose inicial normal estará entre os 25 mg e os 40mg. Pelo contrário, se o paciente for relativamente jovem ou descrever hábitos de

---

<sup>7</sup> Existem diversas formas e fórmulas da metadona e, geralmente a forma mais usada é a solução líquida de 1mg/1ml.

consumo reduzidos, o tratamento pode iniciar-se com doses orais entre 10mg a 20 mg (Strain et al, 1993).

Caso os sinais vitais não se restabeleçam ou caso reapareçam, após duas horas, os sintomas característicos do síndrome de abstinência, deve ser dada uma dose adicional de 5 ou 10 mg, só excepcionalmente será necessário administrar mais que 40 mg de metadona nas primeiras 24 horas.

Para a desintoxicação a longo prazo, assim como para o tratamento de manutenção, recomenda-se que as doses aumentadas nunca excedam os 20mg ao longo da semana, até perfazer uma total entre os 60mg e os 120 mg. O tempo necessário para estabilizar um indivíduo em tratamento com metadona, pode levar seis ou mais semanas.

Em suma, é de consenso geral que a metadona é de fácil indução, a sua toma deve ser feita sete dias por semana, em centros especializados e apresenta uma duração dos efeitos de pouco mais de 24 horas, apesar de ser de indução fácil não existem dados objectivos que comprovem a dose diária estável necessária para cada consumidor, em particular dentro de determinadas quantidades (Liappas, et a.l.1988).

As hipóteses de um tratamento de desintoxicação resultar são aumentadas se o paciente tiver conhecimento das alterações das doses e se puder escolher o calendário de desintoxicação, dentro dos limites estabelecidos pelo terapeuta. Ao envolver o paciente no processo de tratamento e pela utilização de um calendário de desintoxicação flexível, o terapeuta pode manter os sintomas de abstinência a um nível tolerável. A adesão rígida a uma calendarização fixa da dose tem menos probabilidade de obter sucesso e pode levar a uma interrupção prematura do tratamento.

Os pacientes no regime de manutenção sob metadona devem continuar o tratamento por administração diária por via oral.

Uma vez que a toxicodependência, com frequência, leva os toxicodependentes a reexaminar o seu comportamento e possivelmente a optar pela reabilitação, o terapeuta deve enfatizar a necessidade de tratamento a longo prazo.

No caso de um terapeuta dar alta a um paciente por razões disciplinares, a deontologia implica que o paciente seja retirado da administração da metadona antes de ter alta.

Qualquer consumidor que se encontre inserido neste tipo de tratamento deve ser encaminhado no sentido de receber aconselhamento individual ou em grupo. Objectivando uma melhor orientação, esta acção deve estender-se aos familiares e/ou a outras pessoas significativas no seu quotidiano visando o seu esclarecimento, com vista a os ajudar a eliminar qualquer suporte sistémico a posteriores comportamentos aditivos, do paciente, que possam existir.

Todo o tipo de apoio a prestar a estes indivíduos é essencial, visto que, assim que um padrão de consumo compulsivo se inicia, é praticamente impossível o retorno a padrões controlados de consumo ocasional. Usualmente, os indivíduos que chegam a este estágio consomem igualmente álcool e outras drogas e por esta razão o objectivo do tratamento deve ser a abstinência total do consumo de heroína e de qualquer outra droga em geral (Payte, 1991).

Neste tipo de tratamento, com a substituição opiácea adequada, o doente não tem sofrimento físico pela falta de heroína, não tem necessidade física de a consumir e reduz bastante o mal estar psicológico da falta de droga.

Em Portugal, os centros de atendimento a toxicodependentes, embora com algumas variações, apresentam como critérios de admissão e permanência nestes programas:

- Indivíduos dependentes de opiáceos com vários anos de evolução
- Maiores de idade
- Utentes infectados com HIV/SIDA ou qualquer outra patologia severa (hepatites, tuberculose, etc)
- Tentativas falhadas de tratamento com outros métodos credíveis
- Comorbilidade psiquiátrica
- Grávidas dependentes de opiáceos

As doses de metadona a administrar devem ser suficientes para preencher os receptores opiáceos, impedindo assim, o prazer que poderia existir com eventuais consumos de heroína.

Apesar de tudo, existem contra indicações físicas da toma de metadona (Beauverie e Jacquot, 1997), nomeadamente:

- Insuficiência respiratória severa ou asma
- Insuficiência renal
- Grave insuficiência hepatocelular
- Traumatismo crâneano e hipertensão intracraniana
- Estados convulsivos
- Intoxicação alcoólica aguda e delírio tremens
- Síndrome abdominal agudo de etiologia desconhecida

Em suma, a metadona torna-se um factor homeostático de interacções familiares e um bom suporte a objectivos terapêuticos, apresenta-se igualmente como um instrumento facilitador, que resolve todos os males sociais e pessoais, o que por vezes, pode conduzir a visões enviesadas, pois é conhecido pelos técnicos

que trabalham com esta substância, que a eficácia que se pretende obter com a administração nem sempre é garantida.

Actualmente, o tratamento de manutenção com metadona é alvo de pouca contestação. Diversas investigações apontam, de uma forma positiva, que o tratamento de manutenção com metadona representa um meio para reduzir a partilha de material injectável, eliminando ou diminuindo a consumo de heroína durante o tratamento. Consideram ter um papel chave na diminuição do risco de infecção por HIV e na diminuição da criminalidade, melhorando igualmente o estado de saúde física e mental do consumidor, bem como a sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

### **3.2.1 BREVE HISTÓRIA DA METADONA**

A metadona é um opiáceo agonista sintético, analgésico, com os mesmos efeitos que a morfina e que, nasce com a necessidade de criação de analgésicos, induzida pela segunda guerra mundial.

No final do século XIX e meados do século XX, o consumo de substâncias psicoactivas não estava ainda directamente relacionado com o crime. Diversos países apresentavam, no início do século XX, uma população de consumidores de opiáceos bastante extensa e, diversos médicos de clinica geral viram-se confrontados com uma situação grave em mãos. Na época, não era permitido prescrever legalmente opiáceos a consumidores, não obstante, os médicos iniciaram a prescrição sem fundamento legal, o que originou em 1938 uma devastação de médicos e cerca de três mil foram presos por prescrição de opiáceos a consumidores, apesar das intenções desse acto. Após essa data, a comunidade médica é afastada do problema da toxicoddependência e permaneceu sem qualquer tipo de envolvimento por mais de quarenta anos (Payte, 1991).

Com este afastamento da classe médica, o mercado ilícito de droga começou a prosperar e as acções anteriormente direccionadas sobre os médicos, passaram a se direccionar para os agentes policiais que ofereciam opiáceos a informadores em forma de recompensa. Na altura em que os Estados Unidos entram na segunda guerra mundial, os consumidores deixam quase de existir devido ao suprimento de fornecimento de droga originária da Ásia. Nessa altura, surge a metadona. Diversos autores referem mesmo que, esta fora criada devido à falta de opiáceos no mercado.

Esta substância foi desenvolvida por um laboratório alemão mas os seus efeitos narcóticos/analgésicos não eram esperados e só foi utilizada para esse fim na década posterior.

Em 1947 é publicado o primeiro estudo, no *Journal of the American Medical Association*, apresentando uma experiência em animais e humanos com a metadona relativa à tolerância, dependência física e síndrome de abstinência. Neste estudo foram utilizados quatro indivíduos que receberam diariamente quatro injeções com metadona durante 180 dias com doses de 200-800mg (Payte, 1991).

Após a II Guerra Mundial deu-se origem a uma nova fase, com a criação de legislação com vista a abranger este fenómeno e, todo o esforço judicial direccionou-se então para apreensões de indivíduos relacionados com o narcotráfico.

Reinicia-se, o envolvimento da classe médica e o indivíduo toxicodependente que, até então, não era associado ao crime, era à época assumido como um criminoso.

Em 1965, a classe médica implementa o tratamento de substituição com metadona e, verifica-se uma expansão de centros de tratamento por todo o Estados

Unidos. Esta acção é aceite pela população na sua generalidade, principalmente devido à redução do crime que estava associado à toxicodependência.

À medida que o governo retrocede no seu envolvimento no tratamento, verifica-se uma proliferação de clínicas privadas que, em termos de qualidade, era bastante inferior aos tratamentos financiados pelo estado. Direcționaram-se todos os esforços para os técnicos que trabalhavam nesta área com vista a uma maior responsabilização e envolvimento dos mesmos no tratamento, com o objectivo de ajudar na reabilitação total do indivíduo toxicodependente.

Todo o processo inerente à utilização da metadona, ocorrida nos Estados Unidos, foi trazido, uns anos mais tarde, para a Europa.

Toda esta movimentação permitiu que o uso da metadona como opióide de substituição, passasse a ser utilizado como um fármaco legal, prescrito e administrado sob controle médico, de forma a aliviar/evitar os sintomas de abstinência pós-consumo.

### **3.2.1.1 Farmacologia**

A metadona é assimilada facilmente através do tracto gastro-intestinal. Apresenta uma bio-disponibilidade de 80 a 95%, sendo a vida média de eliminação de cerca 24 a 36 horas, apesar de se diferenciar de acordo com o tipo de pessoa (podendo variar entre as 10 e as 80 horas).O principal local de bio-transformação é o fígado.

Este perfil farmacológico permite que se utilize a metadona como um medicamento de substituição opiáceo, pois facilita a administração por via oral em doses diárias e atinge uma estabilidade dos níveis plasmáticos, após repetição da administração sem que o consumidor apresente sintomas de abstinência durante um intervalo de um dia entre as doses (Ward et al., 1998; Humeniuk, 2000).

### **3.3 OS DIFERENTES PROGRAMAS DE TRATAMENTO DE EXIGÊNCIA**

Desta forma, existem tipos de programas de manutenção de metadona que diferem no seu objectivo terapêutico.

#### **3.3.1 PROGRAMAS DE ALTO LIMIAR DE EXIGÊNCIA**

Nos programas terapêuticos de maior exigência (programas de alto limiar), que apresentam elevadas percentagens de abstinência, administra-se uma dose de agonista opiáceo num nível que “bloqueia” a passagem para o estado de privação e os efeitos eufóricos provocados pela heroína. Habitualmente, a dose administrada é equivalente ao consumo do indivíduo, e todo o processo terapêutico é composto por um programa psicossocial acompanhado com terapia individual ou de grupo e formação profissional. Verifica-se igualmente um controle de urina de forma a despiste de metabolitos opióides (pelo menos quinzenal).

Caracteriza-se por desenvolver um acompanhamento do indivíduo e um confronto sistemático que passa por ajustamentos de dose, prescrição de fármacos antidepressivos e/ou neurolépticos, bem como a mobilização da família sempre que necessário.

Obedece a alguns requisitos, distinguindo-se como critérios de inclusão, indivíduos consumidores que não conseguem atingir a abstinência, após várias tentativas de desintoxicação medicamente apoiadas em ambulatório ou internamento; ausência de apoio familiar ou de um envolvente que assegure a manutenção com antagonista; a anterior realização de um programa de substituição e o seu desejo de ser readmitido num programa de substituição; condições físicas especiais como gravidez, cardiopatias, fases terminais de doenças crónicas, entre outras e patologia psiquiátrica que reduza a capacidade de autocritica. Estes

critérios são conhecidos pelos técnicos e são dados a conhecer aos utentes na consulta inicial, prévia ao tratamento.

Neste programa, propõe-se ao paciente a substituição dos consumos de heroína pela toma de um opiáceo medicamento controlado, pretendendo-se a prevenção da recaída no consumo de heroína, a recaída em outro opiáceo ou em outra droga. É igualmente pedido ao indivíduo que cumpra as regras que lhe são apresentadas, que passam desde a frequência obrigatória na consulta médica, nas sessões de psicoterapia, a abstinência no uso de outras drogas, a realização de análises clínicas (incluindo o controlo regular e aleatório dos metabolitos urinários de droga) e em caso de incumprimento do regulamento, é proposto a suspensão do programa. Este último passo é algo que os técnicos evitam, sendo raros os casos em que se actua dessa forma, além do mais, tem de haver um consentimento geral dos técnicos.

O tempo do programa deve ser suficientemente prolongado para que o paciente, com a ajuda do terapeuta possa estabilizar a sua vida apesar das limitações inerentes ao programa (Patrício, 1997).

O objectivo deste programa é melhorar a sua qualidade de vida, o seu lugar enquanto ser activo na sociedade, bem como as suas condições de existência.

### **3.3.2 PROGRAMAS DE MÉDIO LIMAR DE EXIGÊNCIA**

Neste tipo de programas, o objectivo principal é manter o paciente em contacto constante com os serviços de saúde ou a instituição. Apesar de não existirem regras tão rígidas como no programa descrito anteriormente, existem critérios de exigência para o indivíduo se manter no programa.

Pretende-se igualmente que o paciente participe activamente nas estratégias de redução de danos e que através do contacto constante com os serviços de

saúde, seja mobilizado para instituições ou programas de alto limiar de exigência (Patrício, 1997).

### 3.3.3 PROGRAMAS DE BAIXO LIMIAR DE EXIGÊNCIA

Os programas de baixo limiar de exigência são dispositivos que exigem poucas ou nenhuma obrigação ao paciente, sendo a metadona muitas vezes fornecida por serviços ambulatoriais que não procuram verificar se o mesmo consome ou não outras substâncias.

Existem igualmente indivíduos que não têm a capacidade de responder positivamente às exigências propostas pelos programas anteriores. Os técnicos propõem uma estrutura simples e acessível que possibilita meios de ajuda social e de saúde sem qualquer tipo de exigência para os sujeitos.

De entre os outros modelos de exigência, os únicos que se encontram regulamentados pelo Decreto-Lei nº 183/2001, de 21 de Junho, conforme disposto no Art. 42º, são os de baixo limiar que *“... têm como objectivos: a) A redução do consumo de heroína, pela sua substituição por metadona, a ser dispensada através de programas de grande acessibilidade, sem exigência imediata de abstinência e em instalações adequadas para o efeito; b) O aumento e a regularidade dos contactos do consumidor com os profissionais de uma equipa sócio-sanitária, que possam concorrer, nomeadamente, para a futura abstinência”*.

Assim, o principal objectivo destes programas reside em estabelecer um relacionamento com o toxicodependente, minorar o prejuízo social decorrente da sua dependência e reduzir os riscos de infecção ou tentar encaminhá-lo para um tratamento médico (Redução de Riscos e Minimização de Danos).

Entenda-se como Redução dos Riscos e Minimização de Danos, a prevenção e/ou diminuição do risco de overdoses, o risco de doenças infecciosas, o risco de doenças psíquicas como a paragem ou regressão no desenvolvimento psicológico,

perturbações do comportamento, dificuldades intelectuais, quadros psicopatológicos, perturbações da ansiedade, o risco a nível familiar como situações de manipulação, criação de alianças perversas, inversão de papéis familiares, exclusão familiar, o risco associado à parentalidade como a gravidez indesejada, gravidez de risco, desleixo com a gravidez entre outros. Ainda temos os riscos escolares como a dificuldade de aprendizagem, mau aproveitamento e insucesso escolar, abandono e exclusão, os riscos laborais como a dificuldade ou incapacidade na prestação no trabalho, os riscos financeiros inerentes ao preço da droga no mercado, os riscos criminais e jurídico-penais como a delinquência e a marginalidade e os riscos associados ao tratamento como o mau uso e abuso de medicamentos e abandono do projecto de terapêutico.

A intervenção com base na redução de riscos é uma forma de diminuir os danos, os sofrimentos e as sequelas das atitudes de risco.

Desta forma, neste tipo de estratégia prescinde-se da abstinência como objectivo imediato e necessário, de forma a diminuir o uso da substância, uma vez que se está perante sujeitos aos quais a metadona já foi, ou não, administrada. Neste modelo, valorizam-se outros comportamentos, tais como a ausência de delitos e uma certa assiduidade no local da toma da metadona.

Este formato de intervenção não é mais do que um complemento para um recurso a uma dignidade mínima e a um apoio no âmbito social e sanitário, em que se incluem os rastreios a doenças transmissíveis.

Diversos estudos apontam que, em programas de manutenção com metadona se verifica claramente que os profissionais que têm uma política orientada para a abstinência perdem mais pacientes muito mais rápido comparativamente aos que preconizam um programa de manutenção. Esta diferença permaneceu depois de corrigir as doses de metadona (Vosseberg, 1998).

Em suma, a experiência clínica, nos últimos anos, relatada pelos técnicos de saúde, leva a concluir que todos os “tipos de programas de substituição opiácea são indissociáveis, juntos são um sucesso, separados podem tornar-se um fracasso” (Vasconcelos, 2000).

#### IV. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E A TOXICODPENDÊNCIA

Os profissionais de saúde que trabalham na área da *toxicodpendência* sejam o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o farmacêutico, o assistente social, entre outros, devem, sobretudo salvaguardar a saúde pública e minimizar os danos para a saúde dos consumidores de drogas. Apresentam igualmente, um papel fundamental na construção de soluções para fazer face ao sofrimento dos indivíduos numa perspectiva global e não apenas, apresentar respostas parciais, isoladas e desarticuladas perante um problema de consequências tão complexas e diversificadas (Verster & Buning, s.d.).

Antes de mais, o profissional de saúde tem de reconhecer que é um indivíduo como os outros e que perante tal facto tem as suas próprias opiniões e crenças, por vezes bem dispersas e díspares, e que confrontado com um pedido de ajuda tem de apresentar uma postura isenta, profissional e ética.

Um profissional deverá reconhecer e compreender o sofrimento do toxicodpendente, na sua forma global, procurar evitá-lo, saber como se inicia, a forma como se mantem, procurar minimizar as consequências desses consumos a todos os níveis do quotidiano, não se limitando apenas à dimensão do sofrimento físico.

Por vezes, todos estes passos tornam-se bastante difíceis, pelo facto do toxicodpendente se encontrar frequentemente numa situação ambivalente de querer e não querer consumir drogas. Além do mais, quando o indivíduo dependente de substâncias é confrontado com a necessidade de iniciar um

tratamento, procura esclarecer aspectos importantes para o mesmo, como qual o objectivo da terapêutica, os efeitos secundários, as soluções para esses efeitos e alternativas terapêuticas no caso de esta falhar. Todas estas questões levantam no terapeuta um determinado número de crenças e atitudes, por vezes difíceis de lidar.

Assumindo que, inicialmente o consumo de drogas produz estados hedónicos gratificantes e encorajadores, que motiva os indivíduos a continuar a consumir, forma-se um ciclo, ao qual mais tarde, se torna difícil desabituar. A dificuldade de parar os consumos e a alteração nos mecanismos motivacionais origina no consumidor um espaço de tempo muito limitado para as tarefas diárias que usualmente teria, centrando-se exclusivamente no consumo de drogas, criando um ciclo de consumos, alternados com estados de privação (Felix da Costa, 1995). Toda esta vivência do tempo mal estruturada, reflecte-se no pedido de ajuda, como algo de urgente e de imediato que mude a situação vivida que, por vezes, não passa de um simples adiar.

Esta pressão, a que o terapeuta está sujeito, torna-se uma tarefa árdua de lidar, pois confronta-se constantemente com inúmeras pressões internas, que testam os limites enquanto terapeuta.

A responsabilidade face à família do doente, bem como perante a sociedade em que se insere, as pressões externas tais como a sobrecarga no trabalho, as exigências imediatas de resolução do problema pelo doente e as tentativas de cumplicidade profissional que os doentes exigem para se manterem na vida de consumos, através da facilitação de medicamentos, torna-se bastante complexa.

O terapeuta depara-se igualmente com a pressão dos familiares, que exigem a resolução rápida e eficaz para o seu parente e, por vezes, dos seus próprios problemas e pressões dos grupos sociais com os quais trabalha diariamente.

Todas estas exigências podem originar atitudes irreflectidas, mas o profissional tem de ter sempre presente a sua conduta e princípios a respeitar, nomeadamente ao nível da saúde física, social e mental do paciente.

Usualmente, os programas de tratamento direccionados para a toxicodependência adoptam uma abordagem multidimensional, em que o terapeuta articula diversas intervenções, onde se inserem: o treino de competências sociais, o aconselhamento psicológico, estratégias de alteração do comportamento, psicoterapia orientada para o insight, entre outras (Ogborne, 1998).

Um outro aspecto igualmente importante de referir é a relação que o terapeuta cria com o paciente – a relação terapêutica.

Para aumentar a eficácia desta relação, à partida contractualizada, é necessário criar uma empatia, de forma a conseguir estabelecer uma relação com o utente e a família, no caso de existir, proporcionando-lhes um espaço onde seja possível expor dúvidas e preocupações.

Como terapeuta deve fazer um levantamento dos problemas – diagnóstico – o historial dos consumos e posteriormente, definir um projecto de respostas consideradas adequadas, sempre com a anuência do próprio indivíduo e que, por consequência, acaba por comprometer ambas as partes. Este comprometimento irá influenciar a atitude do terapeuta ao longo do processo terapêutico, com todas as limitações que lhe são inerentes.

#### **4.1 O MÉDICO**

Numa área tão complexa como a toxicodependência este técnico, seja ele de clínica geral ou de qualquer outra especialidade, tem de estar atento ao duplo diagnóstico. Por tal facto, uma grande parte dos médicos que se dedicam a esta problemática, pertencem à especialidade de psiquiatria, pois as perturbações

mentais, em muitos casos, são concomitantes ao abuso de substâncias psicoactivas (comorbilidade psiquiátrica).

Estes profissionais actuam ao nível do conceito médico tendo como objectivo a clarificação do conceito de tratamento, esclarecendo ao utente e à família as ocorrências inerentes às dimensões física, psicológica, familiar e social.

Inicialmente, o médico faz uma avaliação clínica do paciente e, perante tal, propõe-lhe as diversas terapêuticas que pensa serem as mais adequadas a cada caso, com o intuito de alcançar resultados positivos no tratamento da toxicoddependência (Ogborne, 1998).

Ao longo do processo terapêutico, faz uma avaliação periódica do paciente, de forma a que estejam sempre controlados os critérios clínicos propostos inicialmente pelo mesmo, alterando ou não a medicação proposta face à avaliação efectuada.

Em suma, a responsabilidade dos médicos a intervir num programa de tratamento com metadona é atender às necessidades da saúde em geral e a toda a problemática relacionada com o consumo de droga, esteja ou não o paciente preparado/motivado para cessar os consumos. Possui ainda a responsabilidade de assegurar ao paciente a dose correcta e, deve levar a cabo revisões médicas com regularidade, principalmente em pacientes cujo consumo de drogas se mantém instável.

#### **4.2 O ASSISTENTE SOCIAL / TÉCNICO SUPERIOR DE SERVIÇO SOCIAL**

Tendo a prática do serviço social como base provocar uma mudança social tanto na sociedade em geral como a nível individual, e sendo a toxicoddependência muito mais que um comportamento marginal, um fenómeno bio-psico-social, o técnico tem de fazer parte integrante da recuperação do indivíduo.

Como técnico de formação base no estudo dos comportamentos sociais, tem a capacidade de compreender os diferentes parâmetros desta problemática, dos indivíduos em causa, da sua personalidade, dos aspectos familiares, do grupo, do local onde residem, tal como, os outros profissionais das ciências sociais.

Perante esta problemática, o técnico intervém aos três níveis de prevenção existentes (primária, secundária e terciária). A um nível primário, através da divulgação da existência dos serviços e instituições de acolhimento e tratamento, protocoladas com os serviços estatais especializados, na actualização dos recursos existentes e no apoio psicossocial. Ao nível da prevenção secundária, diminuindo o número de casos de consumo regular e de dependência, através do atendimento individual dos casos, e respectiva caracterização familiar; do conhecimento do perfil psicológico do utente com a finalidade de compreensão e encaminhamento adequado; do estudo, apoio e orientação social; encaminhamento para tratamento; apoio sócio-económico para internamento em comunidades terapêuticas; do encaminhamento para grupos de suporte e na articulação com estruturas de enquadramento profissional. A nível terciário, procura apoiar a reintegração sócio-laboral dos indivíduos na sociedade e na família de forma a que o sujeito readquira a sua autonomia social, profissional e familiar bem como da instituição (Ferreira, 2001).

Assim, o principal objectivo destes técnicos é identificar situações existentes na vida do paciente, que por omissão voluntária ou involuntária, este não refere ao seu terapeuta sendo todo o tipo de informação essencial para a sua recuperação.

Os técnicos devem igualmente orientar o utente a participar na melhoria do seu quadro de vida, reconhecendo-lhe uma dignidade e humanidade enquanto indivíduo, criando ainda suportes de inserção colectivos que facilitem a reinserção social do sujeito de intervenção.

### 4.3 O PSICÓLOGO

Tal como os restantes técnicos pertencentes a uma equipe multidisciplinar no tratamento com toxicodependentes, o psicólogo tem um papel fundamental. Face a um pedido de ajuda tão específico, este técnico dedica-se especificamente ao tratamento da dependência psicológica instalada pela rotina de comportamentos.

A grande dificuldade com que o psicólogo se depara é a manutenção da abstinência e a prevenção das recaídas na mesma droga ou em drogas alternativas. A manutenção da abstinência passa pela mudança de atitude face às drogas, face à vida e passa por uma redescoberta de outros interesses e valores de vida do sujeito.

Assim, o psicólogo tem como principal papel, conhecer o toxicodependente a todos os níveis, o que implica compreender a relação que este tem consigo próprio, as suas vivências internas passadas e presentes, a projecção e ausência de projecção no futuro, a relação com o ambiente que o rodeia, com a família e a sua interacção social. Tem igualmente como função entender a relação do sujeito com o “mundo da droga”, com os seus “conhecidos e amigos” e os seus esquemas de aquisição da mesma.

Estes técnicos, em contexto terapêutico, trabalham a auto-estima do indivíduo e ajudam a estruturar a sua vida face a uma nova existência: a ausência de droga, através de técnicas de motivação. Esta nova realidade, por vezes, é bastante penosa em termos sociais e familiares, o que origina no indivíduo uma recusa e o retomar de comportamentos punitivos de forma a não enfrentar esses mesmos obstáculos. Nesta situação, o psicólogo cria redes de suportes mentais para que o indivíduo consiga adquirir formas alternativas de lidar com os problemas, o que consiste essencialmente num trabalho de apoio e numa abordagem centrada no

sujeito, beneficiando aqui de teorias/terapias específicas como a cognitivo-comportamental.

Assim sendo, as técnicas utilizadas por estes profissionais constituem-se como uma prática clínica adequada à dependência de substâncias e funcionam como uma componente importante do tratamento farmacológico.

#### **4.4 O ENFERMEIRO**

Os enfermeiros têm igualmente de interagir com a equipe multidisciplinar em que estão envolvidos. Este técnico de saúde pode igualmente integrar diversos papéis nos três níveis de prevenção existentes.

Na prevenção primária, o enfermeiro deve utilizar os seus conhecimentos de diagnóstico e planificação perante os utentes que recorrem aos serviços. Ao nível da prevenção secundária, pode actuar ao nível do ambulatório e em unidades de desabilitação. No ambulatório, o enfermeiro acolhe o utente e os seus familiares, procedendo à consulta de enfermagem através da recolha de sinais vitais, diferentes espécies de análises sanguíneas, sem esquecer as doenças sexualmente transmissíveis (DST's). Faz igualmente o despiste de metabolitos de drogas de abuso na urina. Nas unidades de desabilitação, o enfermeiro recebe o utente na instituição e acompanha-o de acordo com as normas e rotinas da unidade. Colhe os dados de modo a identificar as necessidades do utente em cuidados de enfermagem, avalia parâmetros, sinais e sintomas de privação e prepara e administra as terapêuticas. Na prevenção terciária o enfermeiro participa nos programas de formação, no apoio á equipa de formandos e no controlo urinário para as drogas de abuso que já é habitual (Malta, 1997).

Em suma, todos os profissionais devem promover a comunicação bilateral e a adopção de comportamentos mais ajustados e saudáveis.

Tal como qualquer indivíduo, o toxicodependente deve ser aceite como um ser bio-psico-social, em que os terapeutas devem perceber que estão perante indivíduos desinseridos na sociedade e sem liberdade, desestruturados e com uma enorme incapacidade de resposta a qualquer estímulo exterior, seja ele positivo ou negativo, e que o seu objectivo último é a promoção e estabilização de um estilo de vida saudável, em se enquadra a abstinência total de substâncias psicoactivas.

## V. CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Qualquer técnico de saúde é possuidor de crenças leigas, individuais e variáveis, sendo habitualmente descritos como possuidores de crenças profissionais, que com frequência se assumem de forma consistente e previsível. No entanto, diversos investigadores defendem que as crenças dos profissionais podem variar, bem como as dos pacientes. Wienman (1987) descreveu diversas hipóteses que os técnicos poderiam colocar relativamente às suas crenças como profissionais:

- As crenças sobre a natureza dos problemas clínicos, ou seja, os técnicos têm as suas próprias crenças relativamente à saúde e à doença, que irão influenciar a escolha das hipóteses a colocar ao paciente.
- As crenças preexistentes sobre incidência e prevalência de cada problema de saúde podem influenciar o desenvolvimento das hipóteses a considerar.
- As crenças de gravidade e a possibilidade de tratamento de uma doença variam de técnico para técnico, relativamente à mesma doença. Estas crenças podem influenciar as suas recomendações para tratamento.
- Outros factores, tais como, o conhecimento de doente por parte do profissional de saúde pode influenciar as crenças acerca da razão pela qual o paciente recorreu ao serviço de tratamento.

### 5.1 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE CRENÇAS

Temos de ter em apreciação que, a crença é um conceito extremamente importante na teoria das atitudes. Não se podem avaliar as crenças sem as atitudes e vice-versa.

É comum o indivíduo possuir crenças acerca de objectos atitudinais e essas próprias crenças terem por base atitudes (Eagly & Chaiken, 1993). As crenças são associações que os indivíduos estabelecem entre o objecto de atitude e os vários atributos desse mesmo objecto.

Na realidade, a investigação entre estes dois conceitos é bastante complexa, uma vez que não se sabe se as crenças provêm as atitudes ou se as atitudes de um indivíduo surgem de acordo com conteúdo da sua crença, bem como acerca da consistência entre ambos. O grau de consistência entre a avaliação de um objecto de atitude e o conteúdo avaliativo das respectivas crenças, constitui a consistência entre avaliação e cognição.

As crenças de um indivíduo têm origem na informação que ele obtém por via directa (através da experiência pessoal com os objectos) ou indirecta, através da interacção com os outros. A experiência directa parece contribuir para a formação das atitudes mais estáveis e duradouras, mas há muitas questões sociais que exigem do indivíduo um posicionamento sem que ele tenha tido uma experiência directa, tendo de se apoiar nas fontes de informação de via directa (Fazio & Zana, 1981 cit. por Lima, 1993).

Dado que as crenças são alicerces das atitudes e constituem os seus suportes cognitivo e racional, vários autores têm apontado para a necessidade de avaliar o *grau de consistência* entre estes dois conceitos, visto ser considerado como uma importante propriedade estrutural das atitudes.

De acordo com Scott (1969, cit. por Eagly & Chaiken, 1993) a avaliação de uma atitude tende a ser consistente com os significados dos atributos desse objecto, tendo em conta que os indivíduos formam as suas atitudes com base na aprendizagem acerca dos atributos do objecto de atitude e que os indivíduos tendem a fazer atribuições ao objecto tendo em vista as atitudes já existentes.

Segundo Rosenberg (1965), a avaliação individual de uma atitude está relacionada com a sua crença, quando estas estão definidas segundo o eixo “expectativa-valor”. Quando não existe consistência, o indivíduo sente-se motivado a reduzir a inconsistência, alterando a atitude, as crenças ou ambas. Uma atitude (entendida no sentido abstracto e avaliativo) é função de uma crença, quando esta crença é representada pela soma de determinados valores esperados, atribuídos ao objecto.

Este mesmo autor refere que as pessoas possuem atitudes genuínas, apresentando normalmente crenças consistentes com as suas atitudes, revelando além disso, uma orientação mais estável em relação ao objecto.

Ainda Rosenberg (1965, cit. por Eagly & Chaiken, 1993), afirma ser a persuasão um dos factores contributivos para a diminuição desta inconsistência, podendo reduzir alterações nas crenças e como resultado, uma alteração das atitudes associadas.

Um outro factor que influencia estes conceitos, é o facto do indivíduo ter tendência a reconstruir o seu comportamento passado, de modo a ser consistente com as atitudes actuais, ou seja, quando as atitudes se alteram, o indivíduo modifica a sua ideia acerca do comportamento passado, fazendo com que esse comportamento recordado seja consistente com as suas atitudes no momento presente (Rosenberg, 1965, cit. por Eagly & Chaiken, 1993).

A inconsistência entre atitudes e crenças, pode igualmente ser devida a factores afectivos e comportamentais que interferem no processo de avaliação, sendo as cognições acerca dos atributos do objecto instáveis e não lineares. Os factores comportamentais interferem, de uma forma visível com acções directas relativamente ao objecto alvo de atitude e os factores afectivos ou do tipo cognitivo são os pensamentos e as emoções que o indivíduo experimenta relativos ao objecto alvo. Ambos os factores podem ser valorizados de uma forma negativa ou positiva, com as subsequentes respostas e reacções avaliativas, que vão do extremo positivo ao extremo negativo.

Desta forma, é através das crenças que encontramos os argumentos necessários para defender as nossas atitudes, em que de certa forma as crenças são subjacentes às atitudes, podendo-se dizer que constituem a sua componente cognitiva mais importante, concorrendo para a sua formação.

Tal como as atitudes, as crenças são descritas como entidades relativamente estáveis, podendo tornar-se em diversas situações, orientadoras de um determinado estilo de vida. No entanto, as crenças podem igualmente variar ao longo da vida, em função de novas informações que o sujeito vai adquirindo acerca do objecto.

## **5.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE ATITUDES**

Na linguagem corrente, o termo atitude pode assumir diversos significados. Serve, de igual forma, para caracterizar uma postura física e designar uma orientação de um pensamento ou de um determinado comportamento (Figueiredo, 1981).

O conceito de atitude foi desenvolvido com o intuito de explicar a forma como o indivíduo reage perante determinado estímulo, ou seja, o objecto de atitude

(Eagly & Chaiken, 1993). Assim, uma atitude pretende ser mediadora entre a forma de agir e de pensar do indivíduo.

As atitudes são inferidas e não directamente observadas, embora tenham ligação entre os comportamentos (Lima, 1993).

As atitudes podem igualmente ser definidas como tendências (Eagly & Chaiken 1993; Stroebe & Stroebe, 1995) e disposições (ou predisposições) (Chein, 1984; Campbell, 1963; Davis & Ostrom, 1984; Ajzen, 1988), de forma a avaliar favorável ou desfavoravelmente uma determinada entidade ou objecto, mas tanto um como outro termo são utilizados, pela maioria dos autores, para referir a atitude como um estado interno do indivíduo, formado antecipadamente e relativamente estável que o influenciam e predispõem a responder avaliativamente de forma positiva ou negativa face a esse objecto.

Desde os anos vinte que surgem diversas definições para o termo mas, apesar das divergências, existem pontos comuns entre os diversos autores, nomeadamente:

1. As atitudes referem-se sempre a uma *entidade particular*, que é objecto de avaliação pelo indivíduo e que pode ser qualquer aspecto da realidade física, psíquica ou social, de natureza mais abstracta ou mais concreta.

2. As atitudes, ao traduzirem avaliações face a uma entidade qualquer, referem-se a experiências subjectivas e à história pessoal do sujeito que avalia. Com base nestas experiências pessoais, relacionadas com o objecto e na informação que obtém por via indirecta, o indivíduo constrói as suas posições face ao mesmo.

Apesar de certos autores da corrente sociológica sugerirem a existência de algumas atitudes com uma base inata ou biológica como, por exemplo, o desagrado

à dor (McGuire, 1985), existe uma opinião consensual de que a maioria das atitudes não nasce do vácuo social, mas são adquiridas através da interação social com objectos e em contextos sociais, permitindo ao indivíduo posicionar-se face aos outros (Allport, 1935; Campbell, 1963; Doob, 1974, cit. por Lima, 1993). Desta forma, é possível encontrar atitudes semelhantes em indivíduos pertencentes a um mesmo grupo e, atitudes diferentes em indivíduos de grupos sociais distintos. Contudo, esta característica não parece ser estável, uma vez que as posições individuais e grupais podem flutuar e evoluir ao longo do tempo em função das circunstâncias, de novas aquisições de informação e de novas experiências, apontando então para uma natureza dinâmica e susceptível de adaptação.

A concepção que diversos autores têm de atitude parece influenciar a forma como concebem a sua formação, salientando duas grandes perspectivas teóricas. Uma, centrada sobretudo nos processos cognitivos, remete o problema para a aquisição das crenças e, outra, concebe a atitude como um processo sem necessidade de suporte racional, valorizando-a enquanto processo afectivo aprendido por condicionamento (Lima, 1993).

Numa perspectiva *behaviorista*, as atitudes formam-se através de processos de aprendizagem por condicionamento, resultante da conjugação sistemática entre o objecto e as contingências positivas ou negativas, que conduzem o indivíduo a uma reacção afectiva favorável ou desfavorável face ao mesmo.

Ajzen (2001) considera as atitudes como resultado de um trabalho cognitivo de avaliação de crenças, formuladas em termos de valores e de utilidades esperadas.

Também vários autores propõem diversas funções para as atitudes.

Katz (1960) e outros autores salientam, sobretudo, as funções que as atitudes têm para o indivíduo que as exprime, referindo que as razões que levam um sujeito

a sustentar determinadas atitudes, situam-se mais ao nível das motivações psicológicas do que dos acontecimentos e circunstâncias exteriores. Segundo este autor, as atitudes tendem a cumprir uma função básica de organização e simplificação das experiências do quotidiano, podendo sublinhar-se algumas funções específicas das atitudes, as quais foram sistematizadas mais tarde por Herek (1986, cit. Por Lima, 1993) em quatro categorias:

- Funções **avaliativas ou instrumentais**: traduzem um objectivo de adaptação utilitário, segundo o qual os indivíduos avaliam previamente os custos e benefícios associados a determinada atitude, procurando tomar posições que lhes permitam aumentar a probabilidade de receber reforços ou recompensas sociais, minimizando ao mesmo tempo eventuais custos, castigos ou punições associadas a essas atitudes. Deste modo, esta função relaciona-se com os factores sociais como valores, papéis e atributos conferidos aos objectos e salienta que as atitudes ajudam os indivíduos a adaptar-se a um mundo complexo e a desenvolver comportamentos adequados às situações.

- Funções de **conhecimento**: as atitudes ajudam os indivíduos a compreender melhor o mundo que os rodeia, proporcionando-lhes uma maior clareza e consistência ao seu sistema de percepções e de crenças, permitindo-lhes organizar o meio ambiente e o conjunto de estímulos com que são constantemente confrontados.

- Funções de **defesa do ego**: influenciada pelas teorias psicanalíticas, as atitudes servem igualmente como uma forma de protecção perante um reconhecimento de realidades próprias desagradáveis ou dolorosas e de aspectos do mundo exterior que

considerem ameaçadores. Efectivamente, Collete (1964 cit. por Lima, 1993) salienta que um dos mecanismos de defesa do ego consiste neste equilíbrio entre o inconsciente e o meio, o qual permite ao sujeito evitar situações de ansiedade.

- Funções **expressivas**: relacionadas com a utilização de atitudes pelo indivíduo, como a forma de expressar e transmitir os seus valores, a sua identidade e as suas crenças pessoais, no fundo a própria individualidade. Segundo Collete (1964), a valorização de uma motivação é muito importante, na medida em que o indivíduo tem necessidade de se valorizar a si próprio. Deste modo, as atitudes protegem também a auto-estima do indivíduo, contribuindo para criar uma auto-imagem de satisfação e de forte valor.

Existem igualmente funções cognitivas ligadas à forma como as atitudes influenciam o processamento e a selecção da informação.

Como referimos anteriormente, as atitudes ajudam a estruturar a informação, através de processos de categorização cognitivos permitindo uma sinalização do mundo e dos estímulos em dimensões de avaliação, facilitando assim uma procura activa de informação que apoie as nossas posições.

Segundo Lima (1993), as atitudes desempenham, a um nível restrito, funções de representações sociais: funções cognitivas de organização com significado do real, explicação e argumentação e, funções sociais de identificação ao grupo de pertença e diferenciação social. Diversos estudos têm demonstrado que as atitudes apresentam um papel importante ao nível da construção e preservação das identidades grupais, da integração dos indivíduos nos grupos sociais e na transmissão transgeracional das atitudes em diversas culturas. Além disso, servem

igualmente para a manutenção das diferenças e das hierarquias, salientando ao mesmo tempo necessidades de estratificação. Deste modo, as atitudes podem ser conceptualizadas também como factores de equilíbrio e coesão social.

As atitudes são variáveis de extrema importância em diversos modelos teóricos, inclusivamente no Modelo da Acção Planeada de Ajzen (1985 cit. por Ribeiro, 1998).

A informação que as pessoas armazenam de um determinado objecto não toma necessariamente a forma de proposição, podendo tomar outras formas, ligadas a atributos abstractos, incluindo imagens, que se assumem como representação de uma experiência ou comportamento relacionado com esse objecto (Vala & Monteiro, 1993). É deste modo que as atitudes podem estar associadas com crenças, afectos e comportamentos em redes-tipo de estruturas atitudinais, tal como sugeriram Rosenberg e Hovland no seu modelo multidimensional das atitudes (1960 cit. por Lima, 1993).

Podemos concluir que a causa da tomada de uma atitude nem sempre é muito fácil de clarificar. Apesar das atitudes tenderem a ser moderadamente consistentes com as implicações avaliativas das crenças que lhes estão associadas, existe uma série de diferenças individuais, especialmente em determinados domínios, inerentes às características do objecto, à situação vivida no momento e aos factores afectivos e relacionais associados a essa situação.

Assumindo as crenças e as atitudes como constructos teóricos de difícil observação directa, estes têm de ser inferidos através de repostas mensuráveis. Estas repostas devem reflectir avaliações positivas ou negativas de acordo com o objecto atitudinal e, com base neste pressuposto, os tipos de repostas observáveis têm sido categorizados em três componentes: cognitiva, afectiva e comportamental (Ajzen, 1988; Eagly & Chaiken, 1993).

Segundo Ajzen (1988), as três categorias que constituem os diversos tipos de resposta apresentam-se como:

- As respostas com a componente cognitiva que se relacionam com os pensamentos, ideias, crenças e opiniões acerca do objecto de atitude. As crenças constituem a componente cognitiva das atitudes. Para que se tenha uma atitude positiva ou negativa relativamente a um objecto, é necessário que se tenha alguma representação cognitiva do mesmo. Usualmente, a representação que um indivíduo tem de um objecto é vaga ou errónea; quando é vaga, o afecto associado ao mesmo tende a ser pouco intenso; quando é errónea, influencia a intensidade do afecto que será consistente com a representação cognitiva que o próprio tem dele. Este componente traduz-se em respostas do tipo cognitivo, que incluem respostas perceptivas e afirmações verbais de crenças passíveis de serem observadas. As avaliações expressadas variam entre positivas ou negativas e podem situar-se num contínuo de avaliação em qualquer posição, incluindo a neutra. De uma forma geral, os indivíduos avaliam um objecto de atitude favoravelmente associando-o a atributos positivos e o inverso também se verifica quando a avaliação é desfavorável (Eagly & Chaiken, 1993).
- As respostas com componentes afectivas relacionadas com as emoções, sentimentos positivos e negativos mais ou menos intensos experimentados pelo indivíduo face ao objecto de atitude. Estes sentimentos podem ser verbalizados pelo sujeito e é através deles que o sujeito expressa as suas avaliações. Igualmente nesta categoria, os indivíduos experimentam reacções e afectos positivos

ou negativos, com respostas que podem variar do extremamente positivo ao extremamente negativo e igualmente localizar-se numa posição central.

- As respostas com componente comportamental referem-se à orientação ou predisposição para actuar de uma determinada forma, mais do que aos comportamentos propriamente ditos. São consideradas respostas que reflectem o que os indivíduos dizem ou fazem, o que planeiam fazer ou fariam em determinadas circunstâncias (Ajzen, 1988). Usualmente, tal como os componentes das respostas supra citadas, os indivíduos que avaliam um objecto favoravelmente, tendem a envolver-se em comportamentos de encorajamento ou suporte e, os que avaliam o objecto desfavoravelmente tendem a envolver-se em comportamentos que visem o impedimento em relação ao mesmo.

A mensuração das atitudes corresponde sempre à avaliação de um dos três tipos de resposta atitudinal. A opção pelos diferentes tipos de medida está relacionada com a definição de atitude que se adopta a priori.

Esta categorização proposta por Ajzen irá ser o fio condutor da avaliação dos resultados encontrados na nossa investigação.

### **5.3 ESTUDOS DESENVOLVIDOS NO ÂMBITO DAS ATITUDES E CRENÇAS FACE AOS TRATAMENTOS DA TOXICODEPENDÊNCIA**

Apesar da importância que os profissionais de saúde assumem no tratamento da toxicodependência, a investigação não se tem dedicado ao estudo das suas práticas e crenças, nomeadamente em Portugal.

Diversos autores como Caplehorn e colegas (1996;1997), Forman e colaboradores (2001;2002) e Kasarabada e colegas (2001) têm estudado algumas variáveis passíveis de influenciar estes constructos.

O nosso estudo baseou-se em diversas investigações dos autores referidos, especificamente John Caplehorn (1996; 1997) e da sua equipa e, de Forman e colegas (2001; 2002).

As investigações desenvolvidas pela equipa de trabalho de Caplehorn tiveram por base, os dois constructos teóricos, as crenças e atitudes, dos profissionais de saúde relativamente ao tratamento de manutenção com metadona.

Estas investigações foram realizadas, dada a importância do tratamento de manutenção com metadona, nomeadamente ao nível da prevenção da transmissão do VIH, da promoção de comportamentos de saúde e da estabilização de comportamentos delinquentes associados ao consumo, bem como, a uma generalização mundial na utilização desta forma terapêutica.

A eficácia deste tratamento foi corroborada através de diversas investigações que demonstraram uma diminuição na partilha do material de injeção para consumo, comparativamente entre indivíduos inseridos em programas de manutenção com metadona com consumidores de opiáceos que não se encontravam inseridos neste tipo de tratamento (Caplehorn & Ross, 1995).

Caplehorn e a sua equipa, em 1996, investigaram a relação entre o objectivo do programa orientado para a abstinência, as atitudes dos técnicos de clínicas

privadas que prescrevem metadona e a retenção dos pacientes no programa. A amostra compreendeu 10 médicos de clínica privada e 181 pacientes nos quais se aplicava esta forma de tratamento. Os resultados da investigação apontaram para uma elevada relação entre as atitudes dos médicos que orientavam o tratamento para a abstinência de opiáceos, com uma baixa retenção dos pacientes em tratamento. Concluíram igualmente que, quanto mais os médicos direccionavam o tratamento para a abstinência mais rapidamente os pacientes desistiam do projecto terapêutico.

Os mesmos autores, defendem mais tarde que, estes resultados se devem ao facto de, usualmente neste tipo de programas, as doses de metadona administradas aos pacientes serem mais baixas e, por um período de tempo mais curto, comparativamente com os programas de manutenção por tempo indefinido.

O mesmo autor e sua equipa, em 1997, analisaram um conjunto de 201 técnicos, pertencentes a 14 clínicas nas quais se preconizava o tratamento de manutenção com metadona, face à escala de atitudes anteriormente utilizada. Os técnicos inseridos na amostra foram distribuídos por dois grupos de acordo com a sua formação: um grupo com formação académica ou equivalente a pós-graduação e um grupo sem formação académica (ex: conselheiros e administrativos). Os resultados mostraram que os técnicos com graduação académica apresentavam atitudes de rejeição face às estratégias orientadas para a abstinência de substâncias e que as crenças desses mesmos técnicos tendiam para uma administração de metadona aos utentes, indefinida temporalmente.

Outra investigação, levada a cabo por Forman e colegas (2001), na qual pretenderam avaliar as crenças de 317 profissionais sobre o tratamento da toxicod dependência, concluí que 80% dos técnicos consideraram relevante as orientações resultantes da investigação na área, o programa de 12 passos e a

espiritualidade no tratamento da toxicodependência. Os resultados obtidos demonstraram igualmente que 39% e 35% dos técnicos, respectivamente, destacavam o uso da naltrexona e da manutenção com metadona, como sendo as formas de tratamento a preconizar com maior frequência face à toxicodependência. Concluíram igualmente que, os técnicos com maior experiência na área tendiam a recusar a confrontação como uma técnica a utilizar e manifestavam um grande suporte face à administração de medicação no tratamento da toxicodependência.

Alexandre Laudet (2003), numa investigação que tinha como propósito avaliar as crenças dos técnicos de saúde perante o tratamento específico dos 12 passos e, identificar obstáculos à participação por parte dos utentes neste tipo de tratamento, concluiu que numa amostra de 102 clínicos e 101 utentes, ambos encaravam este programa como bastante vantajoso na recuperação de toxicodependentes. Os técnicos tinham uma média de oito anos de intervenção na área da toxicodependência, pertenciam na maioria ao género feminino e relativamente à categoria profissional distribuíam-se por 44% conselheiros, 20% assistentes sociais, 17% psicoterapeutas, 13% supervisores clínicos e, os restantes, técnicos de serviço social. Concluíram igualmente que ambos os profissionais como os utentes possuíam atitudes positivas perante o programa dos 12 passos, e que os profissionais expressavam níveis elevados de interesse em obter mais informação sobre estes programas.

## VI. OBJECTIVO DO ESTUDO

Sendo a toxicodependência umas das problemáticas mais emergentes na sociedade portuguesa, consideramos de suma importância o estudo das crenças e atitudes dos profissionais que preconizam o tratamento de substituição a consumidores de substâncias psicoactivas. Além do que esta população se apresenta como bastante problemática e repleta de medos e angústias derivadas dos longos anos de consumos, com consequentes frustrações e recaídas nos consumos.

O objectivo principal deste estudo é investigar as diferentes crenças e atitudes dos diversos profissionais de saúde face ao tratamento de substituição com metadona. Pretendemos igualmente avaliar as distintas crenças entre médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais face ao tratamento de manutenção com metadona e se são igualmente influenciadas pelas variáveis: sexo, anos de experiência na área e região a que os técnicos se encontram inseridos. Esta última apresenta-se agrupada em quatro subcategorias (Norte, Centro, Lisboa e Vale do Tejo e Sul), respeitando a zona do país onde o terapeuta exerce actividade.

A importância desta investigação assenta na ausência de dados relativos a esta população. O estudo das crenças e atitudes nos profissionais que dedicam o seu trabalho a uma população tão peculiar torna-se bastante importante, nomeadamente por poder colocar em causa a eficácia do desempenho prestado a esta população neste contexto.

A análise da literatura anteriormente sintetizada permite-nos formular um conjunto de expectativas, questões e hipótese gerais de acordo com os resultados a encontrar.

Desta forma, as principais questões de investigação são:

- Saber que crenças e atitudes prevalecem nos diferentes profissionais de saúde perante a toxicodependência.
- Saber se as crenças e atitudes dos profissionais que trabalham na área são semelhantes, face ao tratamento com metadona.

Assim sendo, espera-se encontrar diferentes crenças e atitudes dos profissionais de saúde perante o tratamento de manutenção com metadona e a toxicodependência em geral e semelhantes crenças e atitudes perante a problemática da dependência de substâncias psicoactivas em todos os profissionais. Esperamos igualmente constatar a influência do género nas crenças e atitudes face ao tratamento de manutenção com metadona, uma influência da variável “região” nas crenças e atitudes perante o tratamento de manutenção com metadona, bem como uma influência dos anos de trabalho na área no tipo de crenças e atitudes dos profissionais face ao tratamento de manutenção com metadona e à toxicodependência em geral.

## VII. MÉTODO

Metodologicamente, este estudo tem um carácter exploratório, nomeadamente porque não pretendemos confirmar ou infirmar hipóteses, mas abordar apenas questões que foram levantadas através da pesquisa bibliográfica e adquirir assim informações sobre as questões a investigar. Um estudo exploratório pode ser, desta forma, uma modo de encontrar novas variáveis independentes a ter em consideração na futura investigação (McGuigan, 1976).

A investigação que nos propomos realizar, assenta num modelo “ex-post facto”, na medida em que não manipulamos directamente as variáveis, sendo um estudo do tipo descritivo, em relação ao controlo das variáveis em presença. É um estudo transversal tendo sido os dados recolhidos num único momento.

### 7.1 PARTICIPANTES

Dadas as dificuldades de realização de um processo de amostragem aleatório, optámos por seleccionar uma amostra de conveniência, em função da disponibilidade e acessibilidade dos elementos que constituem a nossa amostra.

Deste modo, a amostra é caracterizada por 175 profissionais de saúde, que trabalham em programas de substituição nos diversos Centros de Atendimento a Toxicodependentes e Hospitais de Portugal. Esta encontra-se agrupada em quatro categorias, de acordo com a profissão desempenhada: Médicos; Enfermeiros; Psicólogos; Assistentes sociais/Técnicos Superiores de Serviço Social.

A recolha da nossa amostra foi realizada em Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT), bem como outras estruturas de saúde (Hospitais), nas quais se preconiza o tratamento de manutenção com metadona a nível nacional, após apresentação e aprovação do protocolo pelo director de cada CAT e pelo director da respectiva consulta hospitalar.

### **7.1.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

Participaram neste estudo 175 profissionais de saúde, pertencentes a 17 CAT e dois hospitais a nível nacional.

Com vista a uma caracterização mais precisa da amostra, apresentam-se em seguida alguns quadros, onde se pode observar a distribuição dos participantes, em função das variáveis: profissão, género, idade, estado civil, tempo na área de trabalho e região de Portugal Continental.<sup>8</sup>

Relativamente à sua caracterização, nomeadamente ao nível do género, 64,6% pertencem ao sexo feminino e 35,4% ao sexo masculino; a faixa etária com maior prevalência situa-se nos 27 e 29 anos, oscilando entre os 21 e os 62 anos, com uma média de idades correspondente a 34,5 anos e desvio padrão de 8,8.

No que diz respeito ao estado civil, 52% da amostra total pertencem à categoria “casado/união facto”, 42% à categoria “solteiro”, 4% à “separado/divorciado” e 1% à categoria “viúvo”.

No que respeita à razão pela qual os técnicos escolheram esta área de trabalho, os adjectivos com maior expressão foram desafio (59,2%), curiosidade (39,4%), interessante (37,1%), oportunidade (32,4%) e gosto (29%).

---

<sup>8</sup> Na caracterização da amostra, considerou-se a amostra no seu todo e segundo a profissão, visto esta última ser uma das variáveis principais do estudo.

Conforme se verifica na tabela abaixo, cerca de 35% da população inquirida, pertence à classe profissional dos psicólogos, seguida dos enfermeiros (31%), dos assistentes sociais (20,5%) e dos médicos (13%).

**TABELA 1. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA EM FUNÇÃO DA PROFISSÃO EXERCIDA**

Profissão	Total amostra (n=175)
Psicólogo	35%
Enfermeiro	31%
Assistente Social	20,5%
Médico	13%

Na **tabela 2.**, apresentamos a distribuição dos efectivos profissionais de acordo com o sexo, o estado civil e os anos de experiência na área da toxicodependência.

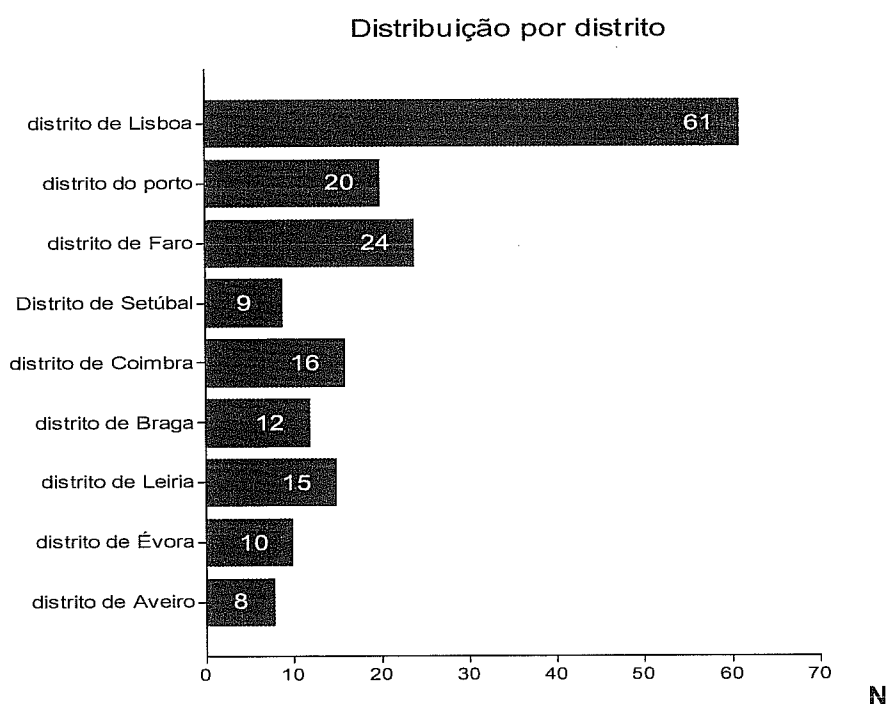
**TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA DE ACORDO COM A PROFISSÃO, GÉNERO, ESTADO CIVIL E TEMPO DE TRABALHO NA ÁREA DA TOXICDEPENDÊNCIA**

	Médico (n=23)	Psicólogo (n=61)	Enfermeiro (n=55)	Ass. Social (n=36)	Total (N=175)
<b>Género</b>					
Feminino	13 (56,5%)	41 (67,2%)	35 (63,6%)	27 (75%)	116
Masculino	10 (43,5%)	20 (32,8%)	20 (36,4%)	9 (25%)	59
<b>Estado Civil</b>					
Solteiro	6 (26,1%)	32 (52,5)	22 (40%)	16 (44,4%)	76
Casado /U.Facto	15 (65,2%)	28 (45,9%)	30 (54,5%)	18 (50%)	91
Divorciado	1 (4,3%)	1 (1,6%)	3 (5,5%)	2 (5,6%)	7
Viúvo	1 (4,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
<b>Anos de experiência</b>					
Até aos 2 anos	2 (8,7%)	12 (19,7%)	14 (25,5%)	5 (13,9%)	33
Dos 3 a 5 anos	7 (30,4%)	19 (31,1%)	26 (47,3%)	16 (44,4%)	68
Dos 6 a 8 anos	0 (0%)	7 (11,5%)	4 (7,3%)	8 (22,2%)	19
Dos 9 a 11 anos	5 (21,7%)	6 (9,8%)	1 (1,8%)	3 (8,3%)	15
+ de 11 anos	9 (39,1%)	17 (27,9%)	10 (18,2%)	4 (11,1%)	40

Conforme se pode deduzir da **tabela 2.**, a nossa amostra divide-se em 4 grupos de acordo com a profissão, sendo que para qualquer uma das profissões, os indivíduos pertencem maioritariamente ao género feminino e o seu estado civil corresponde à categoria casado/união de facto. Quanto à profissão *médico*, 39,1% trabalham na área da toxicodependência há mais de 11 anos. No que respeita ao tempo de trabalho na área da toxicodependência, as restantes profissões, excepto a profissão *médico*, encontram-se a trabalhar na área da toxicodependência há 3 a 5 anos, sendo 31,1% dos indivíduos psicólogos, 47,3% dos indivíduos enfermeiros e 44,4% *assistentes sociais/técnicos superiores de serviço social*.

A nossa amostra, foi recolhida em diversos distritos do país, de forma a possibilitar uma visão global e abrangente do fenómeno. Assim sendo, podemos observar através da **figura 1.** a distribuição distrital dos CAT, onde foi recolhida a nossa amostra.

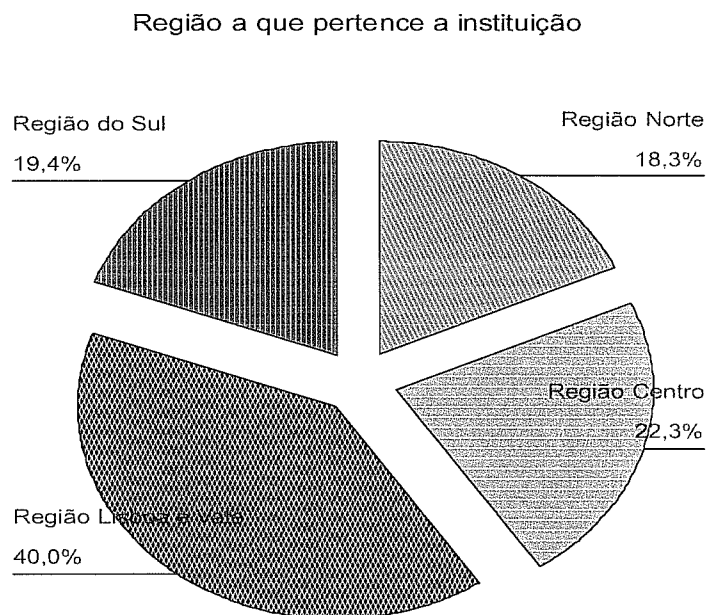
**FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DISTRITAL DA AMOSTRA (N)**



Como se pode observar, a amostra encontra-se decomposta e dispersa ao longo de diversos distritos do país.

Desta forma, do total da nossa amostra (N=175), agrupando os distritos em função das regiões em que Portugal se encontra dividido e, de forma a possibilitar uma posterior leitura e análise dos resultados, agrupámos os distritos em regiões, originando a seguinte distribuição: 18,3% dos indivíduos do total da amostra pertencem à Região do Norte; 22,3% à Região do Centro, 40% dos terapeutas à Região de Lisboa e Vale do Tejo; e 19,4% dos técnicos à Região Sul, como podemos observar através da **figura 2.**

**FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS TÉCNICOS POR REGIÃO (%)**



O presente gráfico permite-nos verificar que a amostra se difunde equitativamente ao longo do país, com maior incidência na Região de Lisboa e Vale do Tejo, visto o número de CAT's nesta região, ser superior ao de restantes zonas do país.

## 7.2 MATERIAL

Dada a inexistência de um instrumento adequado aos objectivos do estudo, crenças e atitudes face ao tratamento com metadona, procedeu-se à construção de um questionário, de forma a tornar possível responder às questões de investigação colocadas (denominado por *QUESTIONÁRIO DE CRENÇAS E ATITUDES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*<sup>9</sup>).

O material utilizado incluiu um questionário inicial composto por uma caracterização sócio-demográfica<sup>10</sup>, constituído por questões estruturadas, onde se pretende caracterizar as variáveis: sexo, idade, estado civil, profissão, anos de profissão na área e razão pela qual escolheu como área de trabalho a toxicodependência e um questionário de avaliação das crenças e atitudes dos profissionais de saúde face ao MMT.

Este último consiste na avaliação das crenças e atitudes face ao tratamento de manutenção com metadona, das crenças sobre a as drogas e a toxicodependência e das crenças dos técnicos perante os indivíduos que se encontram em tratamento. É uma escala de auto-preenchimento, tipo Likert, que permite ao sujeito assinalar o seu grau de concordância com cada uma das questões, com 5 posições de resposta, entre o “discordo totalmente” e o “concordo totalmente”, destinada a profissionais de saúde que trabalham na área da toxicodependência.

A elaboração do questionário baseou-se em instrumentos relacionados com este tema, tendo sido adaptadas determinadas questões que pretendiam avaliar o mesmo construto. Caplehorn e colegas (1996), utilizaram um questionário de 45

---

<sup>9</sup> O questionário *Atitudes de Crenças dos Técnicos de Saúde* encontra-se disponível para consulta em anexo (anexo A).

<sup>10</sup> O questionário de caracterização sócio-demográfica encontra-se disponível para consulta no Anexo B

itens, abordando as crenças dos profissionais de saúde face ao momento da triagem de uma consulta com toxicodependentes.

Dada a importância do tratamento de substituição com metadona, nomeadamente, ao nível da prevenção da transmissão do VIH e da toxicodependência na sua generalidade, os referidos autores desenvolveram uma escala de forma a medir os constructos acima referidos. A escala é composta por três sub escalas, nomeadamente uma sub escala relativa às atitudes orientadas para a abstinência, uma de mensuração de atitudes face à toxicodependência e uma de mensuração do grau de conhecimento sobre o tratamento de manutenção com metadona.

Inicialmente o questionário era composto por 60 itens que foram distribuídos aleatoriamente. Com vista à verificação da perceptibilidade das questões e do seu modo de preenchimento, procedeu-se a um pequeno pré-teste com um grupo de 15 indivíduos, pertencentes à população alvo, aos quais foram solicitadas sugestões e críticas ao questionário. A partir da análise qualitativa do pré-teste, foram retiradas três questões por se considerarem ambíguas ou redundantes ou em que a distribuição das respostas se centrou apenas numa das opções apresentadas. Desta forma, a versão final do questionário é apresentada por 57 itens, em que 40 foram retirados do instrumento supracitado (com o procedimento inerente de tradução e retroversão para português) e 17 itens decorrentes da discussão técnica com profissionais da área que pudessem ser adequados no âmbito da toxicodependência e especificamente do tratamento de substituição com metadona.

A construção do nosso instrumento teve por base a perspectiva teórica de Ajzen (1988) sobre a mensuração de atitudes, que pretende analisar os três modelos de respostas atitudinais propostos pelo autor. Dos três modelos, só as categorias de respostas cognitivas e de respostas comportamentais irão ser

mensuráveis, não se caracterizando a categoria de respostas afectivas, pois não é passível de análise por meio dos itens do próprio questionário.

Com o intuito de avaliar as hipóteses colocadas anteriormente e de forma a agrupar os itens do questionário segundo as categorias de resposta atitudinais definidas por Ajzen, temos que:

- ✓ **Categoria de respostas cognitivas**, que inclui a grande maioria das questões do questionário, orientadas para as crenças de benefício do tratamento da toxicodependência (9 itens), para as crenças de tratamento de manutenção com a metadona (13 itens) e crenças que expressam censura face a toxicodependência em geral (13 itens).
- ✓ **Categoria de respostas comportamentais**, que expressam atitudes orientadas para a abstinência no tratamento de manutenção com metadona (13 itens) e as atitudes de benefício face ao tratamento da toxicodependência (9 itens).

Assim sendo, tendo em conta as categorias preconizadas por Ajzen e os contrutos que pretendemos avaliar, foram então discriminados cinco domínios basilares que englobam os itens mensuráveis do domínio correspondente.

Com o objectivo de uma visualização mais clara, nas **tabelas 3., 4., 5., 6., 7.**, apresentam-se os cinco domínios, com os itens e afirmações correspondentes.

Assim sendo, o domínio "CRENÇAS DE BENEFÍCIO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA TOXICODPENDÊNCIA" inclui os itens 4, 13, 19, 28, 38, 39, 56, 57; o domínio "CRENÇAS DE CENSURA FACE À TOXICODPENDÊNCIA" agrupa os itens 5, 22, 25, 33, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 52 2 54; o domínio "CRENÇAS SOBRE O MMT" abrange os itens 1, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 36, 37 e 43; o domínio "ATITUDES ORIENTADAS PARA A ABSTINÊNCIA" engloba os itens 6, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 20, 49, 50, 51, 53 e 55; e por último, o domínio "ATITUDES ORIENTADAS FACE AO MMT" reúne os itens 2, 3, 7, 14, 15, 17, 18, 30 e 41, respectivamente.

**TABELA 3. DOMÍNIO “CRENÇAS DE BENEFÍCIO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA”**

ITENS	QUESTÕES	DOMÍNIOS
4	O programa troca de agulhas e seringas, deve ser implementado em todos os locais de consumo problemático de droga	<b>CRENÇAS DE BENEFÍCIO EM RELAÇÃO AO TRATAMENTO DA TOXICODEPENDÊNCIA</b>
13	Situações traumáticas... devem ser abordadas ao longo do tratamento	
19	A espiritualidade deve ser mais enfatizada ...	
28	A manutenção com metadona não deve ter limite temporal	
38	A manutenção de metadona reduz a actividade criminal do toxicodependente	
39	O tratamento com metadona diminui a problemática social, legal e de saúde consequente aos consumos	
56	Os dados relevantes resultantes da investigação devem ser mais aproveitados para o tratamento	
57	A conjugação de diversas terapêuticas deve ser mais utilizada no tratamento de toxicodependentes	

**TABELA 4. DOMÍNIO “CRENÇAS DE CENSURA FACE À TOXICODEPENDÊNCIA”**

ITENS	QUESTÕES	DOMÍNIOS
5	Actualmente, a nossa sociedade é demasiado tolerante para com os toxicodependentes	<b>CRENÇAS DE CENSURA FACE À TOXICODEPENDÊNCIA</b>
22	Por sua livre vontade, a maioria dos pacientes fica o resto da vida em manutenção com metadona	
25	A toxicodependência é uma ameaça para a sociedade	
33	Os indivíduos que se tornam dependentes de heroína, só se podem culpabilizar a eles próprios	
40	A toxicodependência é um vício	
42	O consumo de haxixe nos adolescentes pode ser uma experiência saudável	
44	A toxicodependência é uma doença	
45	Trabalhar com toxicodependentes é uma experiência gratificante	
46	Os indivíduos que não têm sucesso no tratamento não estão motivados	
47	A recaída é inerente ao tratamento	
48	Os adultos que vendem heroína ou cocaína a menores devem ser presos	
52	Os indivíduos condenados por tráfico de droga devem ser presos	
54	O consumo de haxixe deve ser descriminalizado	

TABELA 5. DOMÍNIO “CRENÇAS SOBRE O MMT”

ITENS	QUESTÕES	DOMÍNIOS
<p>1</p> <p>21</p> <p>23</p> <p>24</p> <p>26</p> <p>27</p> <p>29</p> <p>31</p> <p>32</p> <p>34</p> <p>35</p> <p>36</p> <p>37</p> <p>43</p>	<p>A confrontação é uma técnica que deve ser utilizada no tratamento de manutenção com metadona</p> <p>O tratamento de manutenção com metadona pode dar origem a problemas hepáticos</p> <p>Para um feto em gestação, o consumo de metadona torna-se mais perigoso que o da heroína</p> <p>O tratamento de manutenção com metadona reduz o risco de morte dos toxicodependentes</p> <p>Doses estáveis de metadona interferem na condução de veículos e no manejo de máquinas</p> <p>A metadona pode provocar disfunção sexual</p> <p>A manutenção com metadona aumenta a probabilidade de depressão</p> <p>Os adultos saudáveis que não têm tolerância aos opióides, podem falecer devido ... de doses diárias correspondentes a 30-40mg de metadona</p> <p>A ressaca da metadona é muito pior que a de heroína</p> <p>A toma excessiva de metadona pode provocar problemas respiratórios</p> <p>Doses elevadas de metadona reduzem o efeito euforizante da heroína injectada</p> <p>A dose de metadona administrada deve ser proporcional à dose consumida pelo indivíduo</p> <p>O risco de morte em indivíduos que se encontram em manutenção com metadona é maior durante as primeiras 2 semanas do tratamento</p> <p>Apresentar problemas em manter-se acordado pode ser sinal de intoxicação pela metadona</p>	<p style="text-align: center;">CRENÇAS SOBRE O MMT</p>

TABELA 6. DOMÍNIO “ATITUDES ORIENTADAS PARA A ABSTINÊNCIA”

ITENS	QUESTÕES	DOMÍNIOS
6	A dose de metadona deve diminuir gradualmente, após um paciente em manutenção ter parado os consumos de opiáceos	<b>ATITUDES ORIENTADAS PARA A ABSTINÊNCIA</b>
8	Os indivíduos em MMT, que ignoram os avisos para terminar os consumos de heroína, devem ser afastados gradualmente do programa	
9	É pouco ético manter os indivíduos Indefinidamente em tratamento de manutenção com metadona	
10	Os indivíduos que frequentemente faltam ao aconselhamento terapêutico devem ser afastados do programa	
11	Os indivíduos em alto limiar de metadona, que ignoram os avisos de parar consumo de cocaína, devem ser afastados gradualmente do programa	
12	Após um período estável de manutenção com metadona, os indivíduos devem ser encorajados a deixar progressivamente a toma de metadona	
16	Os indivíduos que não aceitam o processo terapêutico inerente ao tratamento de alto limiar devem ser afastados	
20	Após 3 controlos urinários, de consumo de opiáceos positivos durante o tratamento de alto limiar, o indivíduo deve ser expulso do programa	
49	O objectivo principal, no tratamento de manutenção com metadona deve ser a abstinência total de opiáceos incluindo a metadona	
50	Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes	
51	Os pacientes em alto limiar de metadona que continuam a consumir heroína devem ser penalizados com diminuição da dose diária	
53	Aumentar diariamente a dose de metadona ajuda os toxicodependentes a parar os consumos de heroína	
55	Os pacientes em substituição com metadona devem ser encorajados a prolongar o tratamento por 3 a 4 anos	

TABELA 7. DOMÍNIO “ATITUDES ORIENTADAS FACE AO MMT”

ITENS	QUESTÕES	DOMÍNIOS
2	Os serviços com manutenção de metadona devem ser expendidos, para qualquer paciente que pretenda lhes ter acesso	<b>ATITUDES DE BENEFÍCIO FACE AO MMT</b>
3	O principal papel do médico é preparar o indivíduo para uma vida livre de drogas	
7	É pouco ético negar a administração de metadona a heroíno-dependentes	
14	O programa dos 12 passos deve ser mais utilizado no tratamento com toxicodependentes	
15	As comunidades terapêuticas devem ser mais utilizadas no tratamento com toxicodependentes	
17	A naltrexona deve ser mais utilizada no tratamento com toxicodependentes	
18	A medicação psiquiátrica deve ser mais utilizada no tratamento com toxicodependentes	
30	O principal objectivo do tratamento de manutenção com metadona é prevenir o contágio do vírus VIH e das hepatites B e C	
41	É seguro iniciar o tratamento com doses de 30-40mg/dia	

### 7.2.2 ANÁLISE FACTORIAL DA ESCALA DE ATITUDES E CRENÇAS

A análise factorial permite reduzir um conjunto inicial de variáveis, a um menor número de variáveis, sem que haja perda significativa da informação contida nesse conjunto.

Após a aplicação final do questionário (n=175), efectuamos o estudo da estrutura factorial da escala, no sentido de confirmar se os domínios descritos inicialmente eram de facto, os que se verificavam na prática.

Esta técnica permite-nos detectar a existência de uma estrutura nas relações entre os itens do questionário, ou seja, agrupá-los e classificá-los num número reduzido de factores ou dimensões, maximizando simultaneamente a variabilidade dos novos factores e reduzindo a variância à sua volta (SPSS 12.01).

Ao submetermos a matriz dos dados a esta análise, de acordo com cada domínio aceite pela análise da literatura, foram extraídos factores que estruturam as atitudes e crenças face ao tratamento de manutenção com metadona, na população alvo considerada, nomeadamente:

1. Um primeiro domínio composto por 9 itens (4,13,19,28, 36, 38, 39, 56, 57) que remete para **Crenças de benefício do tratamento em toxicodependentes**. Este domínio após análise factorial é formado por dois factores, em que o factor 1 abrange os itens 4,13,19,28, 36, 56, 57 ( $\alpha=63\%$ ) e o factor 2 os itens 38 e 39 ( $\alpha=80\%$ ).
2. Um segundo domínio composto por 13 itens, que abrange as **Crenças face à toxicodependência**, designadamente: 5, 22, 25, 33, 40, 42, 44, 45, 46, 47, 48, 52 e 54. Este é constituído por dois factores, o factor 1 abarca os itens 33, 40, 45, 46, 48, 52 ( $\alpha=58\%$ ) e o segundo factor inclui os itens 5, 22, 25, 42, 47, 54 ( $\alpha=65\%$ ).

3. Um terceiro domínio composto por 13 itens (2 factores): 1, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 43 que englobam as **Crenças sobre o tratamento de manutenção de metadona**, em que o primeiro factor é formado pelos itens 21, 23, 24, 26, 29, 34, 35, 37 e 43 ( $\alpha=70\%$ ) e o segundo factor pelos itens 1, 27, 31, 32 ( $\alpha=60\%$ ).
4. Um quarto domínio combinando 13 itens (6,8,9,10,11,12,16,20,49,50,51,53,55) que remete para as **Atitudes orientadas para a abstinência**, sendo que este é constituído por um único factor ( $\alpha=79\%$ ).
5. Um quinto domínio composto por 9 itens (2,3,7,14,15,17,18,30,41) que formam as **Atitudes de benefício face ao tratamento da toxicod dependência**, constituído por um único factor ( $\alpha=73\%$ ).

Relativamente à medida fidelidade da escala, a consistência interna da mesma, foi medida através do coeficiente de Alfa de Cronbach, com o valor total de 70%.

### 7.3 PROCEDIMENTO

A fase inicial de adaptação dos itens dos questionários aplicados nas investigações de Caplehorn e colegas começou pela tradução dos itens. Este processo seguiu vários passos: a) tradução por duas pessoas que dominavam os dois idiomas; b) inspecção da validade de conteúdo de cada item; c) passagem do questionário a técnicos que trabalhavam na área visando a correcta percepção dos itens; d) discussão dos itens com profissionais para verificar que existiam itens que pudessem ser inadequados, segundo o ponto de vista técnico. Após as

modificações quer nos itens quer no formato final do questionário, este ficou pronto a ser aplicado.

Para a obtenção da recolha dos dados foram contactos 17 CAT e 2 Consultas Hospitalares. Para tal foi apresentado o protocolo do desenho do estudo aos directores dos respectivos CAT e Consultas Hospitalares e após aprovação do protocolo foi apresentado o estudo aos técnicos, pedindo a participação no mesmo. Segundo dados do Relatório de Actividades do SPTT (2001), o total de técnicos superiores a prestar serviços nos CAT era cerca de 1000 indivíduos.

## VIII. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

De acordo com os objectivos estabelecidos para este trabalho, vamos apresentar neste capítulo o estudo, de uma forma sistemática, as variáveis dependentes e independentes, o modo de operacionalização das variáveis independentes e os resultados.

### 8.1 ATITUDES E CRENÇAS

Sendo as atitudes e crenças os dois constructos teóricos a que nos propusemos avaliar, iniciaremos a apresentação dos resultados com um cruzamento das variáveis consideradas basilares na investigação, através da análise de variância, one way anova, conforme tabela abaixo ( **tabela 8.**).

**TABELA 8. PROFISSÃO / ITENS DO QUESTIONÁRIO (MÉDIA E DESVIO PADRÃO)**

Itens	Médico	Psicólogo	Enfermeiro	Ass. Social	ANOVA	
	(N=23)	(N=61)	(N=59)	(N=36)	F	p*
14.	3.04±0.475	2.72±0.819	3.18±0.555	2.64±0.723	6.153	<0.001
15.	3.22±0.736	3.15±0.997	3.67±0.840	3.36±0.762	3.768	<0.025
16.	2.39±0.783	2.59±0.901	3.25±1.05	2.44±0.939	8.118	<0.001
19.	2.57±0.945	2.41±0.955	3.16±0.834	2.36±0.990	8.259	<0.001
21.	2.65±0.935	2.82±0.885	3.36±0.787	2.72±0.701	6.711	<0.001
34.	3.65±0.714	3.18±0.847	3.56±0.965	3.11±0.832	3.581	<0.025
43.	3.57±0.662	3.31±0.786	3.38±0.892	2.91±0.853	3.551	<0.05
46.	2.70±1.020	2.52±0.906	3.05±1.008	2.72±0.849	3.107	<0.05
48.	4.17±0.887	4.11±0.755	4.58±0.658	4.08±0.841	4.735	<0.025
50.	3.43±1.161	2.90±1.175	2.56±1.118	2.86±1.099	3.213	<0.025
52.	3.78±0.998	3.90±0.896	4.37±0.760	4.08±0.841	3.814	<0.025
54.	3.70±0.926	3.39±0.971	3.07±1.016	3.17±0.878	2.732	<0.05

\*Resultados significativos inferiores a 5% , a 2,5% e a 0,1%

Os dados referentes à comparação entre os quatro sub-grupos segundo a profissão, com o questionário de avaliação de atitudes e crenças, revelam diferenças estatisticamente significativas sendo de destacar, as questões 14 ( $p < 0.001$ ), 16 ( $p < 0.001$ ), 19 ( $p < 0.001$ ) e 21 ( $p < 0.001$ ).

Os resultados expostos anteriormente permitem inferir que, relativamente à afirmação *O programa dos 12 passos deve ser mais utilizado no tratamento com toxicodependentes* (Item 14.), os enfermeiros tendem a concordar na sua maioria com esta, comparativamente às restantes categorias profissionais que não apresentam uma posição concreta face à mesma.

Verificamos igualmente que, tanto psicólogos como assistentes sociais/técnicos de serviço social discordam em grande percentagem com *Os indivíduos que não aceitam o processo terapêutico inerente ao tratamento de alto limiar devem ser afastados* (Item 16.), ao passo que, os enfermeiros tendem a concordar com o enumerado na afirmação.

Constatamos que, em face de *A espiritualidade deve ser mais enfatizada no tratamento com toxicodependentes* (Item 19.), os indivíduos pertencentes às três profissões: médicos, psicólogos e enfermeiros, não se posicionam objectivamente perante a afirmação, ressaltando a posição dos assistentes sociais/técnicos de serviço social que tendem a discordar com o referido.

Os profissionais de enfermagem no que concerne à afirmação, *O tratamento de manutenção com metadona pode dar origem a problemas hepáticos* (Item 21.), foram os que tendencialmente concordaram com o descrito, em contraste, os restantes profissionais posicionaram-se de uma forma heterogénea com esta.

A **tabela 9.** permite uma melhor visualização dos resultados significativos, indicando as tendências de respostas segundo a categoria profissional a que pertence cada técnico.

TABELA 9. TENDÊNCIA DE RESPOSTA / SEGUNDO A PROFISSÃO

ITENS	PROFISSÃO			
	MÉDICOS (N=23)	PSICÓLOGOS (N=61)	ENFERMEIROS (N=55)	ASS. SOCIAIS (N=36)
15.	não concordo nem discordo	concordo	concordo	não concordo nem discordo
34.	concordo	não concordo nem discordo	concordo	não concordo nem discordo
43.	concordo	não concordo nem discordo	concordo	não concordo nem discordo
46.	discordo	discordo	concordo	discordo
48.	concordo	concordo	concordo totalmente	concordo
50.	concordo	não concordo nem discordo	discordo	não concordo nem discordo
52.	não concordo nem discordo	concordo	concordo totalmente	concordo
54.	concordo	concordo	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo

Desta tabela observam-se resultados importantes a evidenciar, nomeadamente, a tendência de concordância dos *Enfermeiros* com a afirmação colocada *Os indivíduos que não têm sucesso no tratamento não estão motivados* sendo a única categoria que tende a aceitar esta afirmação e, a tendência em discordar dos mesmos, no que respeita a *Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes* (Item 50.). Relativamente a esta última citação, os resultados indicam que a categoria profissional dos *Médicos* apresenta uma propensão para aceitar a mesma.

Como igualmente se constata, os técnicos *Assistentes Sociais / Técnicos de Serviço Social* não apresentam tendencialmente uma orientação concreta face aos itens resultantes como significativos.

Na tabela 10., podemos observar que de acordo com o género dos indivíduos referentes à nossa amostra, existem diferenças estatisticamente significativas em diversos itens do questionário. Para tal, utilizamos o teste T.

TABELA 10. GÉNERO / ITENS DO QUESTIONÁRIO (MÉDIA E DESVIO PADRÃO)

Itens	Masculino (N=113)	Feminino (N=62)	t	p*
16.	2.52±1.020	2.87±0.977	2.238	0.027*
24.	4.19±0.507	3.97±0.784	1.991	0.048*
26.	2.42±0.801	2.14±0.800	2.196	0.029*
31.	2.84±0.800	3.11±0.758	-2.212	0.028*
36.	3.27±1.027	3.81±0.717	-4.048	0.000***
38.	4.08±0.522	3.83±0.718	2.400	0.017**
44.	3.89±1.088	4.19±0.844	-2.077	0.039*
50.	3.34±1.241	2.59±1.027	4.275	0.000***
51.	2.08±0.929	2.59±0.862	-3.657	0.000***
54.	3.58±0.897	3.12±0.983	3.030	0.004**
56.	4.52±0.671	4.12±0.609	4.019	0.000***

\* Nível de significância inferior a 5%

\*\* Nível de significância inferior a 2,5%

\*\*\* Nível de significância inferior a 0.1%

Através da **tabela 10.** podemos notar que nos itens 36 ( $p=.000$ ), 50 ( $p=.000$ ), 51 ( $p=.000$ ) e 56 ( $p=.000$ ), os dados apresentam diferenças com elevado significado estatístico em função do género.

Assim, no que respeita à administração de metadona e particularmente a, *A dose de metadona administrada deve ser proporcional à dose consumida pelo indivíduo* (Item 36.), evidencia-se uma concordância em ambos os géneros, sendo que 27% do sexo masculino discorda com a afirmação.

Ao observarmos a percentagem, segundo o género, perante *Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes* (Item 50.), ressalta uma heterogeneidade face à afirmação, uma vez que no género feminino se verifica uma propensão para a discordância, inversamente, aos indivíduos do género oposto, que tendem a concordar com a mesma (56%).

Constatamos do mesmo modo que, os indivíduos do género masculino tendem a discordar com a citação *Os pacientes em alto limiar de metadona, que continuam a consumir heroína devem ser penalizados com diminuição da dose diária* (Item

51.), ressaltando que 19% dos indivíduos do sexo feminino apresentam um grau de concordância e que 28% não se posicionam concretamente face a esta crença.

Verifica-se ainda que, ambos os sexos tendem a concordar com *Os dados relevantes resultantes da investigação devem ser mais aproveitados para o tratamento* (Item 56.), sendo que 12% do género feminino discorda com a mesma.

A **tabela 11.** indica a tendência de respostas dos demais itens estatisticamente significativos, em função do género.

**TABELA 11. TENDÊNCIA DE RESPOSTA / SEGUNDO O GÉNERO**

ITENS	GÉNERO	
	MASCULINO (N=113)	FEMININO (N=62)
16.	discordo	não concordo nem discordo
24.	concordo	concordo
26.	discordo	não concordo nem discordo
31.	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo
36.	concordo	concordo
38.	concordo	concordo
44.	concordo	concordo
54.	concordo	concordo

Através da tabela, constata-se que não existem grandes diferenças em função do género relativamente ao posicionamento dos técnicos perante os itens do questionário, sendo de mencionar que em presença de: *O tratamento de manutenção com metadona reduz o risco de morte dos toxicodependentes* (Item 24.), 7% dos inquiridos (género feminino) discorda com a mesma; *Os adultos saudáveis que não têm tolerância aos opióides, podem falecer devido aos efeitos tóxicos cumulativos de doses diárias correspondentes a 30-40mg de metadona* (Item 31.), 24% das mulheres concordam; *A manutenção de metadona reduz a actividade criminal do toxicodependente* (Item 38.), 9% das mulheres discordam com esta citação; *A toxicodependência é uma doença* (Item 44.), 18% dos homens discordam com esta crença; e *O consumo de*

*haxixe deve ser discriminizado* (Item 54.), 25% das mulheres discordam com a referida afirmação.

No sentido de analisar, a influência dos anos de intervenção na área da toxicod dependência, nas atitudes e crenças dos profissionais face ao tratamento de metadona e à toxicod dependência em geral, realizámos uma análise de variância a um factor (ANOVA), tendo sido obtidos os resultados que se apresentam na **tabela 12**.

**TABELA 12. ANOS DE EXPERIÊNCIA / ITENS DO QUESTIONÁRIO (MÉDIA E DESVIO PADRÃO)**

Itens	1 a 2 anos (N=33)	3 a 5 anos (N=68)	6 a 8 anos (N=19)	9 a 11 anos (N=15)	+ de 11 anos (N=40)	ANOVA	
						F	p*
6.	3.70±0.770	3.31±0.885	2.95±0.848	2.67±1.047	2.73±0.987	7.126	<0.001
9.	3.58±0.663	2.63±0.896	2.84±1.119	2.60±0.828	2.75±1.127	6.235	<0.001
20.	2.91±1.042	2.88±1.044	2.58±0.838	2.33±1.047	2.13±0.853	4.782	<0.001
23.	1.73±0.876	2.03±0.880	1.37±0.496	1.33±0.488	1.60±0.900	4.251	<0.025
27.	3.42±0.867	3.37±0.790	2.68±1.057	3.67±0.724	3.48±0.933	3.590	<0.001
28.	2.79±1.193	3.24±0.994	2.63±1.012	3.40±0.828	3.43±1.152	3.080	<0.025
29.	2.39±0.715	2.51±0.611	2.37±0.597	1.93±0.594	2.13±0.516	4.388	<0.025
32.	2.85±1.149	3.37±0.809	3.95±0.705	2.67±0.976	3.33±1.207	5.355	<0.001
33.	2.30±0.847	2.69±0.908	2.21±0.918	2.33±0.724	2.26±0.785	2.442	<0.050
40.	3.31±0.965	2.79±1.127	3.05±1.268	1.93±0.799	3.00±1.340	4.009	<0.025
44.	4.09±0.805	3.82±1.132	4.47±0.597	4.40±0.632	4.28±0.847	2.641	<0.050
47.	2.81±0.931	3.65±0.806	3.68±0.749	3.67±0.617	3.88±0.883	8.295	<0.001
50.	2.27±1.039	3.03±1.257	2.89±1.132	2.73±0.961	3.08±1.047	2.992	<0.025
54.	2.64±1.055	3.40±0.866	3.11±0.937	3.53±0.915	3.63±0.897	6.134	<0.001

\* Resultados significativos inferiores a 0,1%, a 2,5% e a 5%

Por meio da **tabela 12**. e de forma a analisar em que medida os anos de experiência na área influenciam as crenças e atitudes dos técnicos, verificamos que os resultados se revelam estatisticamente significativos especialmente nas

afirmações 6. ( $p < 0.001$ ), 9. ( $p < 0.001$ ), 20. ( $p < 0.001$ ), 27. ( $p < 0.001$ ), 32. ( $p < 0.001$ ), 47. ( $p < 0.001$ ) e 54. ( $p < 0.001$ ).

Assim, os dados revelam que os profissionais na sua generalidade tendem a concordar com *A dose de metadona deve diminuir gradualmente, após um paciente em manutenção ter parado os consumos de opiáceos* (Item 6.), sendo de salientar que 17% dos técnicos com **3 a 5 anos** de experiência discordam da mesma, bem como, os com **+ de 11 anos** de experiência, que 45% discordam igualmente com esta atitude.

Constatamos também, que os técnicos em face de *É pouco ético manter os indivíduos indefinidamente em manutenção com metadona* (item 9.), não apresentam uma posição concreta no que respeita a um limite temporal de administração de metadona, considerando que os profissionais com **1 a 2 anos** de experiência são os únicos que tendem a concordar com a afirmação.

Mais uma vez, o estudo da nossa amostra comprovou que a posição dos profissionais perante *Após 3 controlos urinários, de consumo de opiáceos positivos durante o programa de alto limiar, o indivíduo deve ser expulso do mesmo* (Item 20.), é bastante heterogénea, visto que, dentro de cada subgrupo “anos de experiência”, a tendência de posicionamento apresenta variações. Assim é de referir que, os técnicos com **1 a 2 anos** de experiência tendem a discordar com a questão, tal como os com **6 a 8 anos**, **9 a 11 anos** e os com **+ de 11 anos**, contrariamente aos técnicos com **3 a 5 anos** de experiência, que tendem a concordar com o item.

Verifica-se também, que os profissionais com **6 a 8 anos** de experiência tendem a discordar com *A metadona pode provocar disfunção sexual* (Item 27.), inversamente aos restantes que tendem a concordar com o efeito decorrente da toma deste agonista opiáceo.

Novamente, os resultados apontam para uma oscilação no posicionamento dos profissionais em presença da afirmação *A ressaca da metadona é muito pior que a*

de heroína (Item 32.), designadamente os técnicos com **6 a 8 anos e + de 11 anos** tendem a concordar, ao invés dos restantes que possuem a crença que a ressaca da metadona não é pior que a de heroína.

Observamos ainda que, relativamente a, *A recaída dos consumidores em tratamento é inerente ao processo de recuperação* (Item 47.), a maioria dos técnicos que trabalham na área há **1 a 2 anos** tendem a discordar com a afirmação, em oposto aos restantes profissionais, possivelmente, encarando estes últimos o tratamento, como um processo longo, que implica uma transformação na forma de perceber o mundo para o utente e a possibilidade de ocorrência de recaída.

Tal como no cruzamento das crenças e atitudes com a variável do género, o cruzamento da afirmação *O consumo de haxixe deve ser descriminalizado* (Item 54.) demonstrou igualmente que de acordo com os anos de experiência na área da toxicodependência, a crença dos técnicos também se altera. Assim, os técnicos com **1 a 2 anos** de intervenção tendencialmente discordam com a crença de descriminalização do consumo de haxixe, contrariamente aos técnicos com mais anos de experiência em toxicodependência.

Analisando a **tabela 13.**, é possível referir que os técnicos com **1 a 2 anos** de experiência na área são os que se posicionam em sentido de discordância no item 28. *A administração de metadona não deve ter limite temporal* e que, se encontra em consonância com os dados anteriores referentes ao item 9., no qual estes técnicos apresentam o mesmo tipo de crença. Ressalta, além disso, a posição dos profissionais com **9 a 11 anos** de experiência em toxicodependência face ao item 40. *A toxicodependência é um vício*, sendo os únicos a apresentar uma tendência em discordar com esta crença, contrariamente aos restantes profissionais.

TABELA 13. TENDÊNCIA DE RESPOSTAS / SEGUNDO OS ANOS DE EXPERIÊNCIA

ITENS	ANOS DE EXPERIÊNCIA				
	1 A 2 ANOS (N=33)	3 A 5 ANOS (N=68)	6 A 8 ANOS (N=15)	9 A 11 ANOS (N= 40)	+ DE 11 ANOS (N=40)
23.	discordo	discordo	discordo totalmente	discordo	discordo
28.	discordo	concordo	concordo	concordo	concordo
29.	discordo	discordo	discordo	discordo	discordo
33.	discordo	discordo	não concordo nem discordo	discordo	discordo
40.	concordo	não concordo nem discordo	concordo	discordo	concordo
44.	concordo	concordo	concordo	concordo	concordo
50.	discordo	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo	discordo	não concordo nem discordo
54.	não concordo nem discordo	concordo	não concordo nem discordo	concordo	concordo

Passando de imediato ao cruzamento da região a que o técnico pertence com os itens do questionário, apresentamos a **tabela 14**.

Desta forma, esta tabela permite observar, quais os dados representativos com variação significativa entre as quatro regiões de Portugal Continental e os itens do questionário, assim como, as diferenças entre médias estatisticamente significativas, através da análise de variância a um factor (ANOVA).

TABELA 14. REGIÃO / ITENS DO QUESTIONÁRIO (MÉDIA E DESVIO PADRÃO)

Ítems	NORTE	CENTRO	LISBOA	SUL	ANOVA	
	(N=32)	(N=39)	(N=70)	(N=34)	F	p*
2.	2.31±1.091	2.23±1.158	2.62±1.016	3.35±1.300	3.719	<0.001
3.	3.22±1.070	3.69±1.080	2.96±1.109	3.18±1.114	2.713	<0.025
6.	3.28±0.958	3.51±0.854	3.10±0.919	2.74±1.024	2.670	<0.025
7.	2.22±0.906	2.31±0.766	2.66±0.961	3.21±0.946	5.775	<0.001
8.	2.88±0.871	3.54±0.942	3.20±0.942	2.59±1.158	3.421	<0.001
9.	2.63±1.040	3.13±0.978	2.81±0.889	2.85±1.132	2.031	<0.05
11.	2.97±0.822	3.28±0.887	3.24±0.859	2.74±0.994	2.008	<0.05
17.	3.19±0.592	3.56±0.852	3.13±0.658	3.32±0.912	3.029	<0.025
20.	2.31±0.998	2.82±0.942	2.83±1.007	2.32±1.065	3.636	<0.001
23.	1.41±0.499	1.64±0.811	1.96±0.999	1.74±0.751	2.522	<0.025
27.	3.28±0.851	2.97±0.986	3.46±0.811	3.65±0.849	4.511	<0.001
28.	2.75±0.950	2.64±1.088	3.37±1.010	3.62±1.045	4.057	<0.001
31.	3.35±0.839	2.86±0.713	3.00±0.780	2.88±0.740	4.086	<0.001
34.	3.75±0.672	3.21±1.056	3.29±0.837	3.25±0.880	2.307	<0.025
36.	3.94±0.619	3.74±0.751	3.36±0.933	3.73±0.977	3.542	<0.025
38.	3.66±0.701	3.82±0.721	4.03±0.538	4.06±0.736	2.389	<0.025
39.	3.88±0.421	3.95±0.759	4.23±0.456	4.32±0.768	3.131	<0.025
43.	3.63±0.707	3.03±0.986	3.23±0.745	3.39±0.864	2.577	<0.025
50.	2.66±1.096	2.54±1.211	3.16±1.158	2.79±1.067	2.076	<0.05
55.	2.19±0.859	2.64±0.843	2.84±0.673	2.59±0.743	3.974	<0.001

\* Resultados significativos inferiores a 0,1%, a 2,5% e a 5%

A análise da tabela possibilita constatar a existência de resultados significativos, notadamente nos ítems: 2 ( $p<.001$ ), 7 ( $p<.001$ ), 8 ( $p<.001$ ), 20 ( $p<.001$ ), 27 ( $p<.001$ ), 28 ( $p<.001$ ), 31 ( $p<.001$ ), e 55 ( $p<.001$ ), respectivamente.

Deste modo, face a *Os serviços com manutenção de metadona devem ser expendidos, para qualquer paciente que pretenda lhes ter acesso* (Item 2.), os dados revelam que os técnicos das regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo convergem no sentido da discordância com a afirmação, em oposição aos da região do Sul que tendem a concordar com a mesma.

Os resultados revelam ainda que, perante a afirmação *É pouco ético negar a administração de metadona a heroinodependentes* (Item 7.), os profissionais a exercer actividade nas regiões do Norte, Centro e Lisboa e Vale do Tejo tendem a apresentar uma crença no sentido da discordância, contrariamente, aos técnicos da região do Sul, em que 44% se posicionam em concordância com a mesma.

Mais uma vez, os dados mostram que os técnicos pertencentes à região do Sul posicionam-se 56% em discordância com *Os indivíduos em alto limiar de metadona, que ignoram os avisos para terminar os consumos de heroína, devem ser afastados gradualmente do programa* (Item 8.), em oposição aos técnicos das regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo que tendem a concordar com esta atitude no sentido da abstinência total de substâncias.

É de notar também que, perante a citação *Após 3 controlos urinários, de consumo de opiáceos positivos durante o tratamento de alto limiar, o indivíduo deve ser expulso do programa* (Item 20.), os dados demonstram que os técnicos pertencentes às quatro regiões tendem a discordar com esta atitude, mas que, 16% dos que se incluem na região de Lisboa e Vale do Tejo concordam com a mesma.

Estes dois últimos itens citados incluem-se no domínio das **“atitudes orientadas para a abstinência”** e os resultados permitem referir que, designadamente os técnicos pertencentes à região de Lisboa e Vale do Tejo, tendem a apresentar atitudes direccionadas para a abstinência total de substâncias, comparativamente aos técnicos a exercer funções nas outras regiões do país (concretamente do Norte e Sul do país).

No que respeita a *A metadona pode provocar disfunção sexual* (Item 27.), dos dados resulta uma diferença entre as médias da região Centro com a região de Lisboa e Vale do Tejo e com a região Sul, na medida em que, novamente os técnicos pertencentes à região Sul tendem a concordar com a crença exposta, ao

passo que, a maioria dos pertencentes às outras duas regiões, não apresenta uma crença concreta face à mesma.

Observando os dados resultantes da análise de variância presentes no item 28., *A manutenção com metadona não deve ter limite temporal*, verificamos uma diferença significativa de médias entre a região Norte com as regiões de Lisboa e Sul, e a região Centro com as regiões de Lisboa e Sul. Assim, conclui-se que os profissionais das regiões de Lisboa e Vale do Tejo e do Sul tendem a concordar com a ausência de um limite temporal na administração de metadona e que os técnicos a exercer funções na região Norte e Centro do país tendem a concordar, por sua vez, com uma limitação na administração desse agonista opiáceo.

Nota-se também, que dos dados referentes aos técnicos face a *Os pacientes em substituição devem ser encorajados a prolongar o tratamento por 3 a 4 anos* (Item 55.) ressalta uma grande heterogeneidade na posição dos mesmos de acordo com esta crença. Verificamos uma posição de desacordo, em especial dos profissionais da região Norte e do Sul e que, os pertencentes às regiões do Centro e de Lisboa e Vale do Tejo dispersam entre o discordar e a posição mediana, sem apresentarem uma crença definida perante a mesma.

Os restantes resultados significativos são expostos na **tabela 15.**, que permite uma análise sucinta dos mesmos.

Ao observar a tabela é de suma importância aludir a posição dos técnicos da região Sul relativamente a *A dose de metadona deve diminuir gradualmente, após um paciente em manutenção ter parado os consumos de opiáceos* (Item 6.) e *A toma excessiva de metadona pode provocar problemas respiratórios* (Item 34.), que tendem a discordar com esta atitude, inversamente aos técnicos das outras três regiões.

TABELA 15. TENDÊNCIA DE RESPOSTA / SEGUNDO A REGIÃO

ITENS	REGIÃO			
	NORTE (N=32)	CENTRO (N=39)	LISBOA (N=70)	SUL (N=34)
3.	discordo	concordo	discordo	concordo
6.	concordo	concordo	concordo	discordo
9.	concordo	concordo	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo
11.	discordo	concordo	concordo	discordo
17.	não concordo nem discordo	concordo	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo
23.	discordo	concordo	não concordo nem discordo	concordo
34.	concordo	concordo	concordo	discordo
36.	discordo	não concordo nem discordo	concordo	não concordo nem discordo
38.	concordo	concordo	concordo	concordo
39.	concordo	concordo	concordo	concordo
43.	concordo	discordo	não concordo nem discordo	não concordo nem discordo
50.	discordo	discordo	concordo	discordo

Com efeito, nota-se igualmente que os profissionais a exercer a actividade na região de Lisboa e Vale do Tejo tendem a concordar com *Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes* (Item 50.), em oposição dos pertencentes às restantes regiões do país.

## IX. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados obtidos evidenciaram diferenças significativas nas variáveis que julgávamos influenciar as atitudes e crenças dos técnicos, nomeadamente a profissão, o género, os anos de experiência na área da toxicodependência e a região a que os técnicos pertencem.

Iremos de seguida discutir os resultados que consideramos mais pertinentes face aos objectivos delineados na nossa investigação e de acordo com os cinco domínios caracterizados anteriormente na descrição do nosso questionário.

É necessário frisar que, ao elaborarmos esta síntese de resultados, não devemos aspirar a conclusões generalizáveis. Além das razões mais óbvias inerentes à dimensão da nossa amostra, apesar de esta nos permitir falar de representatividade face à população em estudo (técnicos que se encontram a intervir nos serviços estatais de apoio à problemática da toxicodependência), não expressa as atitudes e crenças de todos os profissionais que intervêm nesta área.

Devemos realçar, contudo, que a metodologia de inquérito e a estatística variada, utilizada em termos de análise dos resultados, permitiu-nos explorar mais profundamente as questões a que nos propusemos investigar inicialmente.

### 9.1 PROFISSÃO E AS ATITUDES E CRENÇAS

Após a análise dos resultados verificamos que em função da categoria profissional de cada técnico as atitudes e crenças são influenciadas. Assim, parece que tanto os técnicos de psicologia como os de enfermagem comparativamente aos

restantes, apresentam atitudes de benefício face ao tratamento da toxicod dependência, principalmente porque concordam com as citações *O programa dos 12 passos deve ser mais utilizado no tratamento com toxicod dependentes* e *As comunidades terapêuticas devem ser mais utilizadas no tratamento com toxicod dependentes*. Estes dados evidenciam que os nossos profissionais se encontram dispostos a utilizar outras formas terapêuticas, para além dos programas de manutenção/substituição de opiáceos.

Analisando os resultados ressalta, no que respeita às atitudes orientadas para a abstinência total de substâncias, que os técnicos partilham atitudes divergentes perante esta temática, em que, tanto profissionais de enfermagem como de medicina, demonstram socorrer-se de atitudes no sentido da abstinência total de substâncias no seu quotidiano terapêutico. Concretamente, esta conclusão é passível de análise através do posicionamento destes profissionais face às afirmações *Os indivíduos que não aceitam o processo terapêutico inerente ao tratamento de alto limiar devem ser afastados*, *Os indivíduos em alto limiar de metadona, que ignoram os avisos para terminar os consumos de heroína, devem ser afastados gradualmente do programa* e *Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicod dependentes*, no sentido da concordância. Comparativamente, as duas outras categorias profissionais em estudo tendem a apresentar atitudes no sentido inverso. É de realçar que face à última afirmação, só os médicos é que concordam com a mesma, o que pode indicar que a prescrição de heroína é uma área ainda muito controversa no meio técnico, perante a qual os profissionais não apresentam uma atitude concreta.

Quanto às crenças sobre o tratamento de manutenção com metadona, os resultados indicam que das quatro categorias profissionais, só os enfermeiros é que apresentam crenças específicas sobre este tipo de tratamento, possivelmente

porque as afirmações apresentadas neste domínio orientam-se para uma componente física, à qual estes técnicos são mais susceptíveis de apresentarem crenças concretas.

Os técnicos que possuem crenças de censura mais específicas face à problemática da toxicodependência, destacam-se pertencendo às três categorias profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais/técnicos de serviço social) exceptuando os de psicologia, provavelmente por terem uma formação académica mais direccionada para as ciências sociais e humanas. No que respeita a afirmação *O consumo de haxixe deve ser descriminalizado*, a posição dos profissionais tende a ser no sentido da discordância, o que claramente indica que o tipo de crenças sobre uma matéria ainda por definir, técnica e politicamente, vai no sentido da censura. Contrariamente, os médicos da nossa amostra, são a única categoria profissional que não apresenta este tipo de crença, indicando uma plausível posição a favor da descriminalização do consumo de cannabis.

## **9.2 GÉNERO E AS ATITUDES E CRENÇAS**

As crenças e atitudes em geral variam de acordo com o género, tal como é defendido por diversos autores e, no que respeita à toxicodependência, os nossos resultados demonstraram que, mais uma vez, esta variável apresenta uma certa influência nestes dois constructos, apesar das diferenças encontradas não se manifestarem de uma forma muito relevante.

Desta forma, comparando os dois géneros, e no que concerne às atitudes orientadas para a abstinência, ambos os géneros apresentam atitudes semelhantes, apesar de os técnicos pertencentes ao sexo feminino não apresentarem uma posição concreta face às afirmações que englobam este domínio. Relativamente aos profissionais do género masculino, estes não se

diferenciam por atitudes dirigidas à abstinência total de substâncias, excepto em presença da afirmação *Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes*, o que pode indicar uma atitude pró-activa no âmbito do tratamento da toxicodependência, por parte dos mesmos.

Ambos os géneros apresentam crenças semelhantes face ao tratamento de manutenção com metadona, sendo de notar que uma pequena percentagem do sexo feminino discorda com algumas afirmações, o que na maioria das vezes são crenças erradas face ao que se encontra definido e investigado sobre esta forma de tratamento.

Mais uma vez, ambos os géneros não apresentam grandes diferenças no que respeita às crenças de benefício sobre o tratamento da toxicodependência.

Nomeadamente, nas crenças de censura à toxicodependência, os profissionais pertencentes ao género feminino não apresentam este tipo de crenças, comparativamente aos do sexo masculino, designadamente no que diz respeito à descriminalização do consumo de haxixe que, perante o qual, os profissionais do sexo masculino não se revêm nesta posição.

### **9.3 ANOS DE EXPERIÊNCIA E AS ATITUDES E CRENÇAS**

Um achado importante de citar, refere-se aos técnicos com menos anos de experiência na área apresentarem atitudes orientadas para a abstinência total de substâncias de consumidores em tratamento, sobretudo os técnicos de psicologia e de enfermagem. Verifica-se, contudo, que os médicos com 1 a 2 anos de intervenção na toxicodependência, face à suspensão de um utente inserido num programa de tratamento de alto limiar, após 3 controlos urinários positivos de consumo de opiáceos, não apoiam esta atitude.

Comparativamente, os técnicos com mais anos de experiência (+ de 11 anos), não apresentam atitudes orientadas para a total abstinência de opiáceos, o que nos leva a ajuizar que os anos de intervenção tornam os profissionais mais flexíveis às regras dos programas terapêuticos e que, possivelmente, os utentes são considerados como um caso específico e sem a estigmatização de um estilo de vida associado ao consumo de substâncias ilícitas.

As crenças sobre o tratamento de manutenção com a metadona são diferenciadas de acordo com os anos de experiência, em que os profissionais com 1 a 2 anos de experiência não apresentam crenças concretas face ao mesmo, comparativamente com os restantes técnicos com mais anos de experiência, provavelmente por estes últimos possuírem um conhecimento técnico mais sólido que os primeiros.

É de salientar que, no domínio das crenças de benefício do tratamento da toxicod dependência e, nomeadamente face à administração de metadona sem limite temporal, os anos de experiência dos técnicos não lhes permite ter uma posição concreta, verificando-se que os profissionais com 1 a 2 anos, 6 a 8 anos e mais de 11 anos de experiência concordam com esta crença e os com 3 a 5 anos e 9 a 11 anos discordam com a mesma, o que indica que esta ainda é uma área em que os técnicos não apresentam um consenso e que é influenciada unicamente pela variável “anos de experiência”.

Um outro dado importante de aludir, é a forma como esta variável influencia o domínio das crenças de censura dos técnicos face à toxicod dependência. Consequentemente, os técnicos com 3 a 5 anos de experiência apresentam crenças direccionadas para a censura da toxicod dependência comparativamente aos restantes, nomeadamente, face a afirmações como *Os indivíduos que se tornam dependentes de heroína, só se podem culpabilizar a eles próprios* e *A toxicod dependência é*

*um vício*. Atendendo a que, a caracterização ou perfil do consumidor de opiáceos se encontra amplamente investigado, e que o seu perfil é influenciado por diversos factores, uma constatação como a primeira estará totalmente desadequada à nossa realidade actual, bem como, segundo a décima revisão da Classificação Internacional de Doença (ICD10) e a 4ª edição do Manual de Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-IV), a toxicodependência se definir como um síndrome de dependência de substâncias psicotrópicas e, portanto, como uma doença, não se encontrando associada a um vício.

Apesar destes técnicos, com 3 a 5 anos de experiência, possuem este tipo de crenças face a uma temática mais complexa e tão polémica na nossa sociedade civil como a descriminalização do consumo de haxixe, tendem também a concordar, tal como os que intervêm na área da toxicodependência há 9 a 11 anos. No entanto, os restantes técnicos contrapõem esta posição.

#### **9.4 REGIÃO E AS ATITUDES E CRENÇAS**

Ao longo da apresentação dos resultados, verificámos que esta variável é uma das que mais influencia as atitudes e crenças face ao tratamento de manutenção com a metadona e à toxicodependência em geral e ainda, que as atitudes em benefício do tratamento da toxicodependência apresentam alterações em função da mesma, sendo esta variável (região) a única que no nosso estudo influenciou este constructo.

De acordo com a região em que o profissional intervém, estes dois constructos ganham maior ou menor expressão, notando-se uma distinção entre os técnicos das regiões Norte e Centro com os das regiões de Lisboa e Vale do Tejo e Algarve.

Note-se, então que os técnicos pertencentes à região Sul de Portugal Continental apresentam atitudes de benefício perante o tratamento da toxicod dependência, designadamente ao concordarem com a expansão de outras formas terapêuticas direccionadas para os consumidores de opiáceos, comparativamente aos restantes técnicos do país em estudo.

Mais uma vez, é de salientar que os técnicos da região Sul de Portugal, possuem atitudes especificamente direccionadas para a abstinência total de substâncias face a um consumidor inserido num programa de manutenção com metadona. Este facto encontra-se bastante acentuado nos nossos resultados, uma vez que os restantes técnicos encaram o tratamento de manutenção com metadona de uma forma mais "leve" e/ou menos rígida, comparativamente aos técnicos da região Sul do país.

A análise dos dados permite-nos afirmar que as crenças sobre o tratamento de manutenção com metadona são influenciadas de acordo com a região à qual os técnicos pertencem. Verificámos que a maior diferenciação se situa entre os técnicos da região Centro de Portugal quando comparados com os técnicos das outras regiões em estudo. Estes técnicos apresentam crenças valorizadas sobre esta forma de tratamento, especificamente no que respeita às alterações que ocorrem a nível físico e fisiológico após a toma de metadona. Apesar dos técnicos da região Centro do país se diferenciarem por possuírem crenças díspares dos outros, as diversas crenças sobre o tratamento de manutenção com metadona, também se alteram de acordo com a temática apresentada. Nomeadamente, os técnicos da região Norte de Portugal Continental encaram a metadona como um agonista opiáceo sem quaisquer complicações para a saúde física e psicológica do consumidor em tratamento.

Após a discussão dos resultados, iremos passar de seguida às principais conclusões da presente investigação.

De um modo geral, pensamos ter alcançado os objectivos a que nos propusemos na introdução, ainda que estes tenham sido sujeitos a certos condicionalismos, nomeadamente o número de técnicos por região não ser equiparável, isto porque na região de Lisboa e Vale do Tejo se verifica uma maior concentração de Centros de Atendimento ao Toxicodependente (CAT). Ainda por ter um carácter inovador e exploratório no que respeita a esta população, as conclusões a anunciar irão ser expostas de acordo com os resultados enunciados.

Não sendo por nós conhecidos, até ao presente momento, quaisquer estudos realizados neste âmbito em Portugal com esta população, os resultados apresentados tornam-se um meio para o conhecimento de como os nossos profissionais encaram todas as vertentes relacionadas com o abuso de substâncias e, em especial, o seu tratamento através dos programas de substituição com metadona.

Uma das nossas questões de investigação foca a existência de diferentes crenças e atitudes nos profissionais de saúde face o tratamento de manutenção com metadona. Verificamos através dos resultados obtidos que, entre as quatro categorias profissionais, os enfermeiros diferenciam-se das restantes categorias, isto porque, apresentam crenças distintas, nomeadamente numa componente mais física relacionada com a toma de metadona. Estes resultados permitem-nos conjecturar que, enquanto técnicos de saúde, os enfermeiros direccionam a sua intervenção maioritariamente para a saúde física do indivíduo, corroborando a noção social, de que o principal papel atribuído aos profissionais de enfermagem é o de tratar e cuidar fisicamente os pacientes em geral (Carapinheiro, 1993).

A diversidade de crenças e atitudes face ao tratamento de manutenção com metadona encontradas em função do género, permite-nos afirmar que os técnicos do sexo feminino apresentam atitudes mais direccionadas para a abstinência total de substâncias aquando de um consumidor em tratamento e que, as crenças sobre esta forma de tratamento são influenciadas pela administração da metadona enquanto agonista opiáceo, que altera e interfere no quotidiano dos utentes.

A toxicodependência é encarada tanto como uma doença, como um vício pelos profissionais com menos anos de intervenção na área da toxicodependência, o que nos conduz à aceitação da questão colocada acerca de os anos de experiência exercerem influência nas crenças dos técnicos. Além desta evidência, podemos concluir que os técnicos com menos anos de intervenção apresentam uma posição face ao tratamento de manutenção com metadona mais rígida, principalmente no que respeita às normas/regras delineadas do funcionamento do programa, por comparação com os restantes técnicos em estudo. Estes achados permitem-nos pensar na possibilidade de os profissionais, ao longo dos anos de intervenção, terem em conta a heterogeneidade da população em tratamento e as suas trajectórias individuais e, eventualmente, admitirem oscilações relativamente a estas variáveis.

As diversas terapêuticas que se encontram à disposição do consumidor que está motivado para tratamento parecem ser bastante aceites pelos diferentes profissionais, apesar de, no que concerne a uma futura administração da heroína medicamente assistida, de entre os profissionais pertencentes à nossa amostra, os médicos são os que concordam com este possível tratamento e os técnicos pertencentes às outras categorias profissionais não apresentam uma crença concreta face a este novo modelo.

Uma vez que a prevalência do consumo de substâncias psicoactivas se tem tornado um tema de debate político, técnico e social e, em particular, o consumo de cannabis, ao qual está associado a descriminalização do seu consumo, os profissionais que intervêm no tratamento da toxicodependência não apresentam uma posição concreta face à mesma, apesar de entre estes, os médicos e os profissionais com mais de 11 anos de intervenção na área, serem os únicos a considerarem favorável a descriminalização. Actualmente em Portugal, o consumo de droga, independentemente da sua natureza (cannabis, heroína ou outra) constitui uma contra-ordenação (cfr. Lei nº. 30/2000 de 29 de Novembro, que define “o regime jurídico aplicável ao consumo de estupefacientes e substâncias psicotrópicas, bem como a protecção sanitária e social das pessoas que consomem tais substâncias sem prescrição médica”). Não obstante, a legislação prevê uma limitação quantitativa das doses que constituem o que a lei designa por “consumo médio individual diário”, quantidades estas que são critérios constitutivos das categorias jurídico-penais do “consumidor ocasional”, “consumidor habitual” e “traficante-consumidor” (conforme Portaria nº94/96 de 26 de Março que define “os procedimentos de diagnóstico e dos exames periciais necessários à caracterização do estado de toxicodependência; (...) os limites quantitativos máximos para cada dose média individual diária” de substâncias psicotrópicas). Esta posição dos profissionais de medicina face à descriminalização do consumo de cannabis poderá ter sido um indicador importante, para a discussão da legislação referida anteriormente<sup>11</sup>.

Ao concluirmos o nosso estudo, estamos conscientes que ele poderia ter sido desenvolvido noutras dimensões e noutros moldes que não os aqui abordados, não

---

<sup>11</sup> Aquando da aplicação do questionário ainda não tinha sido publicada a Lei nº. 30/2000 e, por tal, a pertinência da inclusão desta questão no questionário.

fosse a questão do tratamento de manutenção com metadona e as atitudes e crenças dos profissionais que preconizam esta forma terapêutica, uma área tão vasta e problemática, com diversas vertentes de análise e oferecendo inúmeras questões de investigação.

Consideramos assim, ser um campo de grande interesse e riqueza para a investigação e a intervenção em toxicodependência e esperamos ter enunciado alguns contributos para o desenvolvimento de futuros estudos nesta área.

Para além de constituir tema da presente dissertação de mestrado, esta investigação pretendeu proporcionar o aprofundar de conhecimentos teórico-práticos, bem como, permitir a reflexão na qual a psicologia da saúde se enquadra e articula no trabalho de técnicos de saúde perante uma problemática tão específica, como é a toxicodependência.

## X. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Addiction Treatment Forum (1996). *Do Staff attitudes impact MMT success?: Abstinence orientation challenge*. Consultado em 23 de Setembro de 2003 através de [http://www.atforum.com/siteroot/pages/current\\_pastissues/volV3962.shtml](http://www.atforum.com/siteroot/pages/current_pastissues/volV3962.shtml).

Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.

Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behaviour*. Chicago, IL: Dorsey Press.

Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual Review of Psychology*, 52, 27-58.

American Psychology Association (1994). *DSM-IV: Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd. ed. – Revised)*. Washington DC: American Psychiatric Association.

Beauverie, P. & Jacquot, C. (1997). *Les traitements de substitution pour les usagers de drogues*, Paris: Arnette.

Berridge, V. (1999), Histories of harm reduction: Illicit drugs, tobacco and nicotine, *Substance use and misuse*, 34(1), 35-47.

Campbell, D. T. (1963). Social attitudes and other acquired behavioural disposition. In: S. Koch (Ed.). *Psychology: a study of a Science*, 6, 94-172. New York: Mcgraw-Hill.

Caplehorn, J., Ross, M. (1995). Methadone Maintenance and the likelihood of risk needle-sharing. *International Journal of Addiction*, 28, 73-89.

Caplehorn, J. R., Hartel, D.M., Irwing, L. (1996). Attitudes and Beliefs of staff working in methadone maintenance clinics, *Substance use and Misuse*, 31, 437-452.

Caplehorn, J.R., Hartel, D.M., Irwing, L. (1996). Physicians Attitudes and Retention of patients in their methadone maintenance programs, *Substance use and Misuse*, 31(6), 663-677.

Caplehorn, J.R., Hartel, D.M., Irwing, L. (1997). Measuring and Comparing the Attitudes and Beliefs of staff working in New York methadone maintenance clinics, *Substance use and Misuse*, 32(4), 399-413.

Caplehorn, R.M., Lumley, T.S., Irwing, L., Saunders, J.B. (1998). Changing Attitudes and beliefs of staff working in methadone maintenance programs. *Australian N.Z. Journal Public Health*, Jun 22(4), 505-508.

Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no Hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares*, Porto: Ed. Afrontamento.

Casa, M., Gutiérrez, M., San, L. (1995). *Avances en Drogodependencias* (1ª Ed.). Barcelona: Neurociencias.

Chein, I. (1984). Behavior theory and behavior attitudes: Some critical comments. *Psychological Review*, 55, 175-178.

Collete, A. (1964). *Introduction à la psychologie dynamique* (2ª ed.). Bruxelles: Université Libre.

Consultado em 22 de Outubro de 2003 através de  
<http://www.portaldasdrogas.com/drogas>

Davis, D., & Ostrom, T. M. (1984). *Attitudes Measurement*. In R. J. Corsini (ed.). New York: Wiley.

Diário da República, Nº 73, I série – B. (1996).

Diário da república, Nº 279, I série – A. (2000).

Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). *The Psychology of attitudes*. Fort Worth Texas: Harcourt Brace Jovonoich.

Felix da Costa, N. (1995). A perturbação da vivência do tempo. *Toxicodependências*, 1(2), 15-28.

Ferreira, J. (2001). Serviço Social e Toxicodependência. *Toxicodependências*, 7(2), 51-56.

Figueiredo, C. (1981). *Dicionário de língua portuguesa* (16ª ed.), Lisboa: Livraria Bertrand.

Fishbein, M., & Ajzen I. (1975). Belief, attitude, intention and behaviour: An introduction to theory and research. Reading MA: Addison- Wesley.

Forman, R., Bovasso, G., Woody, G. (2001). Staff beliefs about addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 21(1), 1-9.

Forman, R.F., Bovasso, G., Woody, G., McNicholas, L., Clark, C., Royer-Malvestuto, C., Weinstein, S. (2002) Staff beliefs about drug abuse clinical trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 55-60.

Humeniuk, R., Ali, R., White, J., Hall, J., Farrel, M. (2000). Proceedings of the expert workshop on induction and stabilisation of patients onto methadone. Monograph series Adelaide.

Liappas, J. A., Jenner, F.A., Vicente, B. (1988), Literature on Methadone Maintenance Clinics, *The International Journal of Addictions*, 23(9), 927-940.

Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (2000). Relatório Anual de 2000: A situação do país em matéria de drogas e toxicodependências, Lisboa: IPDT.

Lima, M. L. (1993). Atitudes, *Psicologia Social*, 167-199, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Lowenstein, W., Gourarier, L., Coppel, A., Lebeau, B., Hefez, S. (1998). *A Metadona e os tratamentos de substituição*, Lisboa: Climepsi Editores.

Kasarabada, N., Hser, Y., Parker, L., Hall, E., Angling, D., Chang, E. (2001). A self-administered instrument for assessing therapeutic approaches of drug-user treatment counsellors. *Substance Use and Misuse*, 36 (3), 273-299.

Marcelli, D., & Braconnier, D. (1992). *A Psychopathologie de l'adolescent*, Paris.

McGuire, W. (1985). Attitudes and attitude. *Handbook of Social Psychology* (vol.2), 233-346, New York: Random House.

Meza, E. E. Cunningham, J. A., Guelbaly, N., Couper, L. (2001). Alcoholism: Beliefs and attitudes among Canadian alcoholism treatment practitioners, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(2).

McGuigan, F. (1976). *Psicologia Experimental – uma abordagem metodológica*. S. Paulo: EPU.

Ogborne, A., Wild, T.C., Braun, K., Taylor, B. (1998). Measuring treatment process beliefs among staff of specialized addiction treatment services, *Journal of substance abuse treatment*, 15 (4), 301-312.

Patrício, L. D. (1997). *Face à droga: como (re)agir?* Lisboa: SPTT.

Payte, J. T., (1991). A Brief History of Methadone in the treatment of opioid dependence: A personal perspective, *Journal of psychoactive drugs*, 23(2) (Apr-Jun), 103-107.

Presidência do Conselho de Ministros (2001). Regime Geral das Políticas de Prevenção e Redução de Riscos e Minimização de Danos (Decreto-Lei nº 183/01, de 21 de Junho). Lisboa: IPDT.

Ribeiro, J. P. (1998), *Psicologia e Saúde* (pp. 144-156), Lisboa: ISPA.

Ribeiro, J. S. (1995). Dependência ou Dependências? Incidências históricas na formalização dos conceitos, *Toxicodependências*, 3, 5 – 15.

SPTT (2001). Relatório de Actividades de 2001.

Strain, E., Stitzer, M., Liebson, I.A., Bigelow, G.E. (1993), Methadone dose and treatment outcome, *Drug and alcohol dependence*, 33, 105 -117.

Stroebe, M., & Stroebe, W. (1995). *Social Psychology and health*. Buckingham: Open University Press.

Schuckit, M.A. (1998). *Abuso de álcool e drogas – Alcoolismo e toxicomanias modernas 2*. Lisboa: Climepsi Editores.

Vala, J., & Monteiro, M. B. (1993). *Psicologia Social*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Vasconcelos, C. (1995). Linhas gerais duma proposta para a reestruturação dos programas de substituição, *Toxicodependências*, 1(2), 74-83.

Vasconcelos, C. (2000). “Breve história das terapêuticas de substituição em Portugal - conclusões principais”, *Toxicodependências*, 6(2), 67-79.

Verster, A., Buning, E. (s.d). Manual de Metadona, consultado em 13 de setembro de 2003, através de <http://www.q4q.nl/methwork/guidelines/guidelinesspa/guidelinesspa.htm>

Ward, J., Mattick, R., Hall, W. (1998), *Methadone Maintenance Treatment and other opioid replacement therapies*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers.

Weinman, J. (1987). "Diagnosis as problem-solving". In: *An Outline of Psychology as Applied to Medicine*, (2nd ed.). Londres: Wrigth.

World Health Organization (1993). WHO expert committee on drug abuse: Twenty-eighth report. Genève.

## **XI. ANEXOS**

**ANEXO A**

## QUESTIONÁRIO

O PRINCIPAL OBJECTIVO DESTE QUESTIONÁRIO É CONHECERMOS AS CRENÇAS E ATITUDES QUE TEM RELATIVAMENTE AO PROGRAMA DE MANUTENÇÃO COM METADONA.

DIZ RESPEITO À ELABORAÇÃO DE UMA TESE DE DISSERTAÇÃO DO MESTRADO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE, DO INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA (ISPA).

TENDO PRESENTE QUE OS OBJECTIVOS A QUE NOS PROPOMOS SÓ PODERÃO SER ATINGIDOS COM A PARTICIPAÇÃO DO TODOS OS TÉCNICOS DE SAÚDE DESTA INSTITUIÇÃO, SOLICITAMOS A SUA MELHOR COLABORAÇÃO.

PEÇO-LHE QUE O FAÇA COM A MÁXIMA SINCERIDADE.

LEMBRE-SE QUE NÃO SE PRETENDE QUALQUER TIPO DE AVALIAÇÃO INDIVIDUAL, NEM DESTE CENTRO EM PARTICULAR ASSEGURANDO-SE, POR CONSEQUENTE, QUER A SUA CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO, QUER DO CENTRO.

AGRADEÇO QUE RESPONDA A TODAS AS QUESTÕES MESMO QUE NÃO TENHA A CERTEZA ABSOLUTA EM ALGUMAS DELAS, JÁ QUE NÃO EXISTEM RESPOSTAS CERTAS OU ERRADAS.

**MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1. A confrontação é uma técnica que deve ser utilizada no tratamento de manutenção com metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Os serviços com manutenção de metadona devem ser expendidos, para qualquer paciente que pretenda lhes ter acesso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O principal papel do médico é preparar o indivíduo para uma vida livre de drogas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O programa troca de agulhas e seringas, deve ser implementado em todos os locais de consumo problemático de droga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Actualmente, a nossa sociedade é demasiado tolerante para com os toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A dose de metadona deve diminuir gradualmente, após um paciente em manutenção ter parado os consumos de opiáceos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. É pouco ético negar a administração de metadona a heroíno-dependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Os indivíduos em alto limiar de metadona, que ignoram os avisos para terminar os consumos de heroína, devem ser afastados gradualmente do programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. É pouco ético manter os indivíduos indefinidamente em tratamento de manutenção com metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Os indivíduos que frequentemente faltam ao aconselhamento terapêutico em alto limiar de exigência devem ser afastados do programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Os indivíduos em alto limiar de metadona, que ignoram os avisos de parar consumo de cocaína, devem ser afastados gradualmente do programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Após um período estável de manutenção com metadona, os indivíduos devem ser encorajados a deixar progressivamente a toma de metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Situações traumáticas que ocorrem no decurso da vida do indivíduo devem ser abordadas ao longo do tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. O programa dos 12 passos deve ser mais utilizado no tratamento com toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. As comunidades terapêuticas devem ser mais utilizadas no tratamento com toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Os indivíduos que não aceitam o processo terapêutico inerente ao tratamento de alto limiar devem ser afastados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. A naltrexona deve ser mais utilizada no tratamento da toxicodependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
18. A medicação psiquiátrica deve ser mais utilizada no tratamento da toxicod dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. A espiritualidade deve ser mais enfatizada no tratamento da toxicod dependência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Após 3 controlos urinários, de consumo de opiáceos positivos durante o programa de alto limiar, o indivíduo deve ser expulso do mesmo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. O tratamento de manutenção com metadona pode dar origem a problemas hepáticos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Por sua livre vontade, a maioria dos pacientes fica o resto da vida em manutenção com metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Para um feto em gestação, o consumo de metadona torna-se mais perigoso que o da heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. O tratamento de manutenção com metadona reduz o risco de morte dos toxicod dependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. A toxicod dependência é uma ameaça para a sociedade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Doses estáveis de metadona interferem na condução de veículos e no manejo de máquinas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. A metadona pode provocar disfunção sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. A administração de metadona não deve ter limite temporal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. A manutenção com metadona aumenta a probabilidade de depressão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. O principal objectivo do tratamento de manutenção com metadona é prevenir o contágio do vírus VIH e das hepatites B e C.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Os adultos saudáveis que não têm tolerância aos opiáceos, podem falecer devido aos efeitos tóxicos cumulativos de doses diárias correspondentes a 30-40mg de metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. A ressaca da metadona é muito pior que a de heroína.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Os indivíduos que se tornam dependentes de heroína, só se podem culpabilizar a eles próprios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. A toma excessiva de metadona pode provocar problemas respiratórios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Doses elevadas de metadona reduzem o efeito euforizante da heroína injectada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. A dose de metadona administrada deve ser proporcional à dose consumida pelo indivíduo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. O risco de morte em indivíduos que se encontram em manutenção com metadona é maior durante as primeiras duas semanas do tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
38. A manutenção de metadona reduz a actividade criminal do toxicodependente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. O tratamento de substituição com metadona diminui a problemática social, legal e de saúde consequente aos consumos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. A toxicodependência é um vício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. É seguro iniciar o tratamento com doses de 30-40mg/dia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. O consumo de haxixe nos adolescentes pode ser uma experiência saudável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Apresentar problemas em manter-se acordado pode ser sinal de intoxicação pela metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. A toxicodependência é uma doença.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Trabalhar com toxicodependentes é uma experiência gratificante.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Os indivíduos que não têm sucesso no tratamento não estão motivados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. A recaída dos consumidores em tratamento é inerente ao processo de recuperação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Os adultos que vendem heroína ou cocaína a menores devem ser presos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. O objectivo principal, no tratamento de manutenção com metadona deve ser a abstinência total de opiáceos incluindo a metadona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Os médicos deveriam estar autorizados a prescrever heroína a toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Os pacientes em alto limar de metadona que continuam a consumir heroína devem ser penalizados com diminuição da dose diária.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Os indivíduos condenados por tráfico de droga devem ser presos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Aumentar diariamente a dose de metadona ajuda os toxicodependentes a parar os consumos de heroína.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. O consumo de haxixe deve ser descriminalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. Os pacientes em substituição com metadona devem ser encorajados a prolongar o tratamento por 3 a 4 anos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56. Os dados relevantes resultantes da investigação devem ser mais aproveitados para o tratamento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57. A conjugação de diversas terapêuticas deve ser mais utilizada no tratamento de toxicodependentes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**MAIS UMA VEZ, OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!**

**ANEXO B**

**DADOS DE CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA**

**SEXO:**         FEMININO                       MASCULINO

**IDADE:** \_\_\_\_\_ ANOS

**ESTADO CIVIL:**

SOLTEIRO     CASADO/UNIÃO DE FACTO     DIVORCIADO/SEPARADO     VIÚVO

**CATEGORIA PROFISSIONAL:**

MÉDICO

PSICÓLOGO

ENFERMEIRO

ASSISTENTE SOCIAL/TÉCNICO DE SERVIÇO

SOCIAL

**HÁ QUANTO TEMPO TRABALHA NA ÁREA DA TOXICODEPENDÊNCIA (MESES) \_\_\_\_\_**