

Instituto Universitário da Maia - ISMAI

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Orientador Institucional



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA - ISMAI
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

**Percepção de médicos e enfermeiros acerca do consumo não-
problemático de substâncias psicoativas**

Marcelo Lopes

Orientação científica

Prof. Doutora Olga Furriel de Souza Cruz

Prof. Doutora Marlene Patrícia Monteiro Sousa

Janeiro 2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer às Professoras Doutoras Olga Cruz e Marlene Sousa, por todo o acompanhamento prestado, disponibilidade, sensibilidade e preocupação até ao último momento. Por toda a empatia e empenho, sem vocês não teria sido possível, sem dúvida. Obrigado!

Gostaria de agradecer às pessoas mais importantes da minha vida, os meus pais, por todo o apoio e motivação que me deram tanto na fase final do meu percurso académico como na fase inicial ao fazerem sempre questão de investir na minha formação enquanto profissional e pessoa. Sem vocês e sem o vosso esforço não teria sido possível.

Um especial agradecimento a ti, avó “Zeza”, por teres estado sempre do meu lado, sei que continuas a estar, agora de maneira diferente. Obrigado!

Ao meu avô Eduardo, por ter sido sempre o maior impulsionador, o teu orgulho em mim ajudou-me sempre a ir buscar força mesmo quando achava já não a ter. Obrigado!

Aos meus padrinhos e primos, por todo o apoio incondicional e palavras de encorajamento. Um grande obrigado!

A uma grande amiga, por ter estado sempre do meu lado, por acreditar sempre em mim e, principalmente por ser um pilar em todos os momentos, bons ou maus. Obrigado!

Aos meus amigos de longa data, sem os momentos de alegria e descontração por eles providenciados, não teria sido possível enfrentar novos desafios diários com a disposição necessária. Obrigado!

A todos os participantes que numa altura tão delicada se disponibilizaram a contribuir para a realização deste estudo! Obrigado!

RESUMO

A exploração do fenómeno consumo de substâncias e seus padrões de consumo é ainda relativamente reduzido, apesar de se notar uma crescente preocupação na literatura disponível acerca da temática. O pouco conhecimento acerca deste fenómeno por parte da sociedade e das suas instituições prejudica, de alguma forma, aquele que pode ser um dos veículos para uma mudança no paradigma social e político. Por sua vez, esta rigidez de pensamento face ao fenómeno em estudo poderá impossibilitar, por exemplo, o desenvolvimento de novo material científico que auxilie os atuais e futuros profissionais de saúde no momento de lidar com um “utente-consumidor”.

Assim sendo, o objetivo central desta investigação, de natureza qualitativa e exploratória, foi compreender a perceção de profissionais de saúde acerca do padrão de consumo não problemático de substâncias psicoativas, partindo das perspetivas dos próprios. A totalidade dos dados, recolhida através de entrevistas semiestruturadas a seis profissionais de saúde (médicos e enfermeiros com experiência em urgências hospitalares e unidades de saúde locais), foi analisada a partir de uma proposta de análise temática.

Como principal contributo deste estudo destaca-se a dificuldade dos profissionais de saúde em reconhecer um padrão de consumo não problemático, sobretudo pelas suas perceções relativas à inevitabilidade dos prejuízos associados a qualquer padrão de consumo e à desresponsabilização que a aceitação deste conceito poderá promover, tanto no profissional, como no utente.

Palavras-chave: Substâncias psicoativas; perceções sobre consumo de drogas; profissionais de saúde; consumo problemático; consumo não problemático.

Perception of doctors and nurses about non-problematic consumption of psychoactive substances

Abstract

The exploration of the phenomenon of substance use and its consumption patterns is still relatively low, despite the growing concern in the available literature on the subject. The little knowledge about this phenomenon on the part of society and its institutions harms, in some way, what can be one of the vehicles for a change in the social and political paradigm. In turn, this rigidity of thought in the face of the phenomenon under study may make it impossible, for example, to develop new scientific material that helps current and future health professionals when dealing with a “user-consumer”.

Therefore, the central objective of this research, of a qualitative and exploratory nature, was to understand the perception of health professionals about the pattern of non-problematic consumption of psychoactive substances, starting from their own perspectives. The totality of data, collected through semi-structured interviews with six health professionals (doctors and nurses with experience in hospital emergencies and local health units), was analyzed based on a thematic analysis proposal.

The main contribution of this study is the difficulty of health professionals in recognizing a non-problematic consumption pattern, mainly due to their perceptions regarding the inevitability of losses associated with any consumption pattern and the lack of responsibility that the acceptance of this concept can promote, both in the professional, as in the user.

Key-words: Psychoactive substances; perceptions about drug use; health professionals; problematic consumption; non problematic consumption.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	ii
RESUMO	iii
<i>Abstract</i>	iv
Lista de abreviaturas	vii
Índice de figuras	vii
INTRODUÇÃO	1
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	3
1.1. Padrões de consumo alternativos aos problemáticos.....	5
1.2. Perceções de profissionais de saúde acerca de consumos de SPA alternativos aos problemáticos	8
2. ESTUDO EMPÍRICO	12
2.1. Objetivos e questão de investigação	12
2.2. Método	12
2.2.1. Participantes	13
2.2.2. Instrumentos	13
2.2.3. Procedimentos	14
3.RESULTADOS	16
3.1. Dificuldade em reconhecer o consumo não problemático (Tema central)	17
3.1.1. Inevitáveis prejuízos do consumo para o consumidor.....	17
3.1.2. Desresponsabilização promovida pelo conceito de consumo não problemático	22
3.1.3. Consumo associado a motivações “normativas”	25

3.1.4. Características do consumo não problemático	27
3.1.5. Características do consumo problemático	28
3.2. Regularidade com que se deparam com situações de consumo e modo de atuação destes profissionais face a estes consumos	29
3.2.1. <i>Modo de atuação</i>	29
3.2.2. Regularidade.....	31
4.DISSCUSSÃO	31
5.CONCLUSÃO	36
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40
ANEXOS.....	45

Lista de abreviaturas

SPA – Substâncias psicoativas

MDMA – Metilendioximetanfetamina

UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime

OEDT – Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência

EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências

LSD – Dietilamida do Ácido Lisérgico

APA – Associação Psicológica Americana

OPP – Ordem dos Psicólogos Portugueses

ISMAI – Instituto Universitário da Maia

Índice de figuras

Figura 1 – Diagrama de apresentação do tema e subtemas gerados apartir da codificação de entrevistas

INTRODUÇÃO

A questão do consumo de substâncias psicoativas (SPA) é alvo de estudo desde há muito tempo, sobretudo nas suas dimensões negativas e problemáticas. Durante todo o século XX, o foco, quer dos discursos quer das respostas (e.g., a nível político, social, académico e técnico-profissional), tem sido nos padrões de consumo problemáticos. Tais consumos têm sido associados ao uso de determinadas SPA (destacando-se a heroína, mormente por via endovenosa, e o *crack*, embora se evidenciem também as anfetaminas, o *ecstasy*/metilenodioximetanfetamina (MDMA) e os canabinóides), bem como a prejuízos decorrentes dos mesmos a nível social, físico e psicológico (e.g., problemas familiares e profissionais, marginalização social, dependência, alienação em relação à saúde, alterações do humor e deterioração cognitiva). Todavia, é cada vez mais reconhecida por diversos grupos sociais a existência de diferentes tipos de consumo, que não se resumem a padrões problemáticos, comportando também padrões de consumo alternativos. Deste modo, é veiculada a necessidade de compreender o que diferencia tais padrões de consumo, desde logo, distinguindo os padrões problemáticos dos não problemáticos, inclusive para adaptar as respostas e intervenções às suas reais necessidades, potenciando assim a sua eficácia. No âmbito de tais intervenções, os profissionais de saúde ocupam um lugar relevante. Contudo, sobretudo em Portugal, é escasso o conhecimento científico acerca das perceções e práticas de tais profissionais em torno do consumo de SPA e da heterogeneidade de padrões de (ab)uso das mesmas.

Com o intuito de contribuir para colmatar esta lacuna na literatura especializada, o objetivo central deste estudo foi explorar e caracterizar as perceções e práticas de profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros com experiência profissional nas urgências hospitalares e nas unidades de saúde locais, em relação aos diferentes padrões de consumo de SPA, em especial os alternativos aos consumos

problemáticos. Para tal, realizou-se uma investigação de natureza qualitativa e exploratória, sendo os dados recolhidos através de entrevistas em profundidade e analisados com base na proposta de análise temática de Braun e Clarke (2006). A partir dos resultados obtidos pretendeu-se retirar ilações acerca das eventuais necessidades destes profissionais em termos de conhecimentos e competências e do que, em consequência, importa fazer para melhorar a eficácia das suas respostas e intervenções perante casos de consumo de SPA.

A presente dissertação encontra-se, assim, estruturada em duas grandes partes. Na primeira apresenta-se o estado da arte em relação ao fenómeno em estudo, nomeadamente em termos da caracterização de padrões de consumo não problemáticos e problemáticos, assim como das perceções de profissionais de saúde relativamente aos mesmos.

Na segunda parte deste trabalho apresenta-se o estudo empírico, em concreto, a questão de investigação e objetivos específicos e o método adotado, incluindo participantes, instrumentos e procedimentos de recolha e de análise dos dados. Nesta segunda parte são também apresentados os resultados deste estudo e a discussão dos mesmos. Ainda nesta mesma parte da presente dissertação apresentam-se as conclusões do estudo, refletindo-se igualmente sobre as principais limitações do estudo e pistas para futuras investigações.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O consumo de substâncias psicoativas não é um fenómeno recente, sendo uma prática social e cultural em muitas sociedades desde há muitas gerações (Medeiros & Tófoli, 2018). Sobretudo no século XX, muita atenção foi votada a este fenómeno, principalmente aos padrões de consumo mais problemáticos, que foram assumindo amplo protagonismo. Para monitorizar e lidar com o fenómeno, foram igualmente criados, ao longo dos anos e em todo o mundo, diversos organismos formais.

Internacionalmente, além da *United Nations Office on Drugs and Crime* (UNODC), importa realçar, a nível europeu, o Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência/*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction* (OEDT/EMCDDA), criado em 1993 e que, através de informação independente e comprovada cientificamente, monitoriza, analisa e sugere respostas para o fenómeno das drogas na Europa (www.emcdda.europa.eu). Em Portugal, com o Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro, foi criado o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), cuja missão é promover a redução do consumo de SPA, bem como a prevenção dos comportamentos aditivos e a diminuição das dependências (Diário da República, 2012).

Importa notar que todas as instituições referidas admitem a existência de diferentes padrões de consumo de SPA e a necessidade de respostas diferenciadas em função das características e necessidades particulares de cada um (e.g., Wiessing et al., 2001; Institute for Drugs and Drug Addiction, 2008).

No que respeita especificamente a Portugal, também os próprios diplomas legais referentes ao fenómeno das drogas, dos quais se destacam o Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro e a Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro, reconhecem tal heterogeneidade de

padrões de consumo. A título ilustrativo, note-se que a Lei nº 30/2000 diferencia os utilizadores ‘toxicodependentes’ e ‘não toxicodependentes’ para determinar a sanção a aplicar em cada caso. Também no Decreto-Lei n.º 15/93 se encontra plasmado que o objetivo da intervenção nestes casos passa por “contribuir (...) para que o toxicodependente ou consumidor habitual se liberte da escravidão que o domina (...) Para os consumidores ocasionais, acima de tudo deseja-se a sua não etiquetagem, a não marginalização (...)” (pp. 4-5).

Não obstante, ao longo sobretudo do último século e desde que foi declarada uma *Guerra às Drogas* (e.g., Nicholson et al., 2012), a compreensão e atuação perante este fenómeno têm-se focado nos consumos problemáticos e suas consequências, descurando praticamente todo o tipo de padrões de consumo alternativos (e.g., Cruz, 2015; Trigueiros & Carvalho, 2010).

Brevemente, os padrões de consumo problemático tendem a surgir associados à utilização de heroína, principalmente por via intravenosa, resultando muitas vezes no aparecimento de doenças infecciosas (Cruz, 2011; OEDT, 2000; Vasconcelos, 2003; Instituto de drogas e toxicodependências, 2011). Tipicamente, traduzem utilizações regulares e prolongadas das drogas, apesar dos problemas associados a esta prática (Cruz, 2011; Vasconcelos, 2003), sendo comuns os prejuízos a nível pessoal e social decorrentes do consumo (Góis & Amaral, 2003; OEDT, 2000). Refira-se que, em Portugal, foi sobretudo desde finais da década de 70 do século passado, que o consumo de drogas ilícitas e todos os problemas relacionados com este comportamento se assumiu como um dos principais e mais complicados desafios sociais, passando o fenómeno a ser alvo de debate pelos mais diversos intervenientes (Agulló-Calatayud et al., 2009).

Em termos de respostas face ao fenómeno das drogas, a própria literatura especializada é muito mais abundante no que respeita ao tratamento dos comportamentos

de consumo depois de terem adquirido contornos problemáticos efetivos, implicando já um prejuízo significativo na funcionalidade do indivíduo (OEDT, 2010). Não obstante, as entidades competentes focam-se também na prevenção, de modo a desencorajar possíveis comportamentos de consumo, através das mais variadas estratégias e iniciativas, sendo Portugal reconhecido internacionalmente pelo desenvolvimento de um plano estruturado, abrangente e compreensivo para intervir de forma mais eficaz em diferentes padrões de (ab)uso de SPA (Oliveira, 2013).

Cada vez mais se reconhece que o insucesso em admitir e em compreender diferentes padrões de consumo prejudica a própria intervenção sobre o fenómeno, pelo que urge promover uma alteração desta situação (Nicholson et al., 2012). Considera-se, por exemplo, que um dos fatores que contribui para a quebra da funcionalidade evidenciada pelos indivíduos com consumos problemáticos é a própria estigmatização que, com frequência, vivenciam por parte de profissionais e da sociedade em geral (e.g., Cruz, 2011; Gandarinho & Cruz, 2017). Em concreto, fruto de tal estigmatização, o indivíduo que utiliza SPA pode passar a percecionar-se apenas como um ‘toxicodependente’ e a adotar padrões de consumo concordantes, que o poderão colocar efetivamente na rota de um consumo mais problemático (Figueiredo, 2002).

1.1. Padrões de consumo alternativos aos problemáticos

A discussão sobre a caracterização de padrões de consumo de SPA alternativos aos problemáticos é relativamente recente (e.g., Cruz, 2015; Longo, 2015). À semelhança da diversidade de termos tipicamente associados aos padrões de consumo problemáticos (e.g., toxicodependência, adição, aditos, *junkies*, agarrados), também os padrões de consumo alternativos têm vindo a ser associados a conceitos distintos (cf. Cruz, 2011).

Em concreto, na literatura especializada, tais padrões de consumo são

frequentemente descritos e nomeados enquanto consumos: não dependentes (e.g., Randesi et al., 2016; Warburton et al., 2015); ocasionais e controlados (e.g., Warburton et al., 2015); não problemáticos (e.g., Cruz, 2011, 2015; Pallarés, 1996) e recreativos (Calafat et al., 2005; OEDT, 2002). Globalmente, a principal característica deste padrão de consumo, por oposição aos consumos problemáticos, reside no facto de dizer respeito a grupos de indivíduos, com frequência jovens adultos, ajustados e que mantêm a funcionalidade nas diversas áreas da sua vida (e.g., Cruz, 2015). A literatura apresenta diversas evidências de que muitos destes consumidores se encontram bem inseridos no mundo do trabalho (e.g., Cruz, 2015), tendo planos e perspectivas prossociais para o seu futuro e utilizando as drogas recreativamente e com pouca frequência (Calafat et al., 2005). Vários estudos mostram que estes consumidores tendem a seguir regras autoimpostas que lhes permitem restringir a frequência com que consomem e garantir que tal prática não interfere negativamente no seu trabalho e demais rotinas sociais (e.g., Cruz, 2015; Warburton et al., 2015). Como principal motivo para o consumo, nestes padrões alternativos aos problemáticos, a literatura especializada aponta para o prazer que os indivíduos obtêm com o mesmo (Calafat et al., 2005; e.g., Cruz, 2015; Pallarés, 1996), sendo destacado que consumidores dependentes não tiram o mesmo nível de prazer que consumidores não dependentes (Warburton et al., 2015). Do mesmo modo, estes padrões tendem a surgir associados a dimensões de divertimento e de socialização, pelo que os espaços de diversão noturna emergem como um local de eleição para o consumo de SPA nestes padrões de consumo (e.g., Cruz, 2015; OEDT, 2002). Nestes padrões alternativos denota-se, ainda, uma diferença ao nível do tipo de drogas utilizadas, assistindo-se a um afastamento do consumo de substâncias que os sujeitos percecionam como potencialmente mais aditivas e perigosas, sobretudo os opiáceos mas também o *crack* (e.g., Cruz, 2015). Por seu turno, verifica-se a utilização, particularmente, de

canabinóides (não raras vezes, num padrão de consumo regular), estimulantes (e.g., MDMA e cocaína) e alucinogêneos (e.g., cogumelos alucinogênicos e LSD) (e.g., Cruz, 2015; OEDT, 2002). Além disso, o consumo da maioria das SPA tende a ser realizado com menor frequência e regularidade quando comparado o que ocorre em padrões de consumo problemáticos (e.g., Calafat et al., 2005; Cruz, 2015). Estudos há em que os padrões de consumo alternativos aos problemáticos, bem como a capacidade para os manter deste modo, são também associados à genética de cada indivíduo. Para Randesi et al. (2016), certos fatores genéticos estão diretamente relacionados com o desenvolvimento de uma dependência. Em concreto, certos genes estão associados à dependência de drogas, embora não estejam relacionados com o seu uso numa fase inicial, nem se manifestem na ausência de exposição às drogas (Randesi et al., 2016). Considera-se, assim, que a contribuir para uma maior ou menor probabilidade de comprometimento a nível funcional está a predisposição individual em desenvolver um tipo de consumo que, por variadas razões, poderá ou não se revelar desadaptativo.

Atualmente é, então, cada vez mais reconhecido que o desenvolvimento dos padrões de consumo está dependente de uma heterogeneidade de fatores, não só individuais (e.g., hereditariedade, faixa etária), mas também sociais (e.g., meio onde está inserido, tipo de parentalidade, facilidade de acesso às drogas) e associados ao próprio consumo (e.g., tipo de substância, regularidade, modo de ingestão) (e.g., Cruz, 2015). Todas estas circunstâncias podem determinar um maior controlo do indivíduo em relação às várias dinâmicas dos seus consumos ou, por outro lado, precipitar uma utilização de drogas regular enquanto mecanismo de *coping* (desadaptativo) para lidar com os problemas do quotidiano (Minayo & Schenker, 2005).

Não obstante tais padrões de consumo alternativos aos problemáticos serem cada vez mais estudados, não existe ainda uma definição concetual (nem operacional)

consensual para os mesmos.

Em Portugal, um estudo procurou definir o conceito de consumo não problemático e desenvolver um quadro conceptual para explicar de que modo certos indivíduos conseguem manter os seus consumos de SPA ilícitas não problemáticos (Cruz, 2011). Em concreto, Cruz (2011) propõe que tal conceito se aplique a:

Qualquer sujeito com uma utilização de drogas ilícitas que não prejudica de forma significativa o seu ajustamento nas diversas áreas de vida (e.g., pessoal, saúde, familiar, social [incluindo problemas com o sistema de justiça], profissional, lazer) e que não é percebida pelos outros como desviante. (p. 209)

Importa esclarecer que a definição de consumo não problemático proposta por Cruz (2011) será a adotada no presente estudo por ser, tanto quanto é do nosso conhecimento, a única que decorre de um estudo português.

1.2. Perceções de profissionais de saúde acerca de consumos de SPA alternativos aos problemáticos

A dependência de substâncias psicoativas caracteriza-se, geralmente, como um padrão crónico de reincidência e remissão, mas é considerada evitável e tratável. Contudo, pessoas com perturbação de uso de substâncias são muitas vezes estigmatizadas por profissionais de saúde na medida, parecendo existir uma perceção tendencialmente negativa no que ao sucesso do tratamento diz respeito. Esta desconfiança por parte dos profissionais de saúde parece estar relacionada, entre outras, com a crença de que consumidores de SPA são mais fracos (Takano et al., 2015) e, também que a sua condição de consumidor parece ser intratável e irreversível (Gilchrist et al., 2011; Takano et al., 2015).

O tratamento de pessoas que apresentam problemas com abuso de substâncias tem sido frequentemente documentado na literatura como sendo problemático para os profissionais da área. Esta situação deve-se principalmente a algumas atitudes negativas que os profissionais de saúde apresentam no contacto com estes utentes (Albery et al., 2003; Gilchrist et al., 2011; Pinikahana et al., 2002; Van Boekel et al., 2013) e, também, ao facto de estes profissionais de saúde considerarem que não possuem certos conhecimentos tidos como importantes para lidar com confiança com este tipo de casos (Gilchrist et al., 2011; Pinikahana et al., 2002; Van Boekel et al., 2013).

O acesso ao tratamento por parte de um indivíduo dependente de substâncias psicoativas é também limitado, e a necessidade de melhorias no mesmo tem sido regularmente referida (e.g., Brener et al., 2010; Ford, 2011; Gilchrist et al., 2011; Pinikahana et al., 2002; Takano et al., 2015; Van Boekel et al., 2013). A maior parte dos esforços encetados focam-se nas características individuais do utente e no tipo de tratamento oferecido, descurando aquele que é o papel dos profissionais de saúde e das suas atitudes face a consumidores (Gilchrist et al., 2011).

São vários os estudos que apontam para uma renitência entre profissionais de saúde não especializados no que ao trabalho com consumidores de SPA diz respeito. Por exemplo, profissionais de saúde reportam que consumidores de drogas injetáveis são comumente os utentes mais complicados dado que os profissionais esperam que estes sejam mais perigosos, menos cooperantes, mais agressivos, menos verdadeiros, mais exigentes e apresentem uma maior tendência a abandonar o tratamento quando comparados com outros utentes (Brener et al., 2010).

Esta visão parece ser potenciada pelo reduzido conhecimento e, conseqüentemente, reduzidas capacidades de intervenção por parte dos profissionais para atuar com confiança quando se deparam com este tipo de utentes (Van Boekel et al.,

2013). Atualmente, esta situação mantém-se, apesar do aumento do uso de SPA na população mundial e de um maior conhecimento acerca dos problemas de saúde advindos deste mesmo consumo (Pinikahana et al., 2002).

Posto isto, a atitude dos profissionais de saúde pode influenciar a qualidade e a efetividade do tratamento providenciado aos utentes (Van Boekel et al., 2013). Assim sendo, espera-se que a qualidade e efetividade do tratamento seja tanto maior quanto mais entendimento existir entre utente e profissional acerca do tratamento. A existência de aliança terapêutica revela-se um importante preditor do sucesso do tratamento, bem como a perceção do utente em relação aos profissionais de saúde como não sendo ameaçadores, mas sim como fonte de suporte (Brener et al., 2010).

Apesar de escassos, foi possível encontrar alguns estudos acerca das perceções dos utentes em relação ao tratamento médico recebido. Em concreto, tem sido encontrado que estes utentes reconhecem o stresse que causam junto dos profissionais de saúde, na medida em que percebem que existe uma visão tendencialmente negativa acerca de si, sendo encarados como violentos, manipuladores e com baixo potencial de mudança com a intervenção (Ford, 2011; Van Boekel et al., 2013). Todavia, estes utentes não deixam de desejar uma atitude profissional e, sobretudo humana (Ford, 2011). Assim sendo, se um determinado profissional policia o comportamento de um determinado utente, a probabilidade de a relação terapêutica ser mais fraca será maior, assim como a qualidade e eficácia do tratamento serão menores (Ford, 2011).

Atualmente, este continua e deverá continuar a ser um tema relevante a nível global. Porém, com a situação pandémica atual, provocada pelo aparecimento da Covid-19, a capacidade e a competência dos países está a ser testada a fim de rapidamente se desenvolver, testar e implementar formas de tratamento da Covid-19 viáveis para a

população mundial, desviando a atenção de outros assuntos igualmente importantes (Rome & Avorn, 2020).

Numa altura em que a pandemia ainda não estava presente no quotidiano da população mundial, existia já literatura que apontava para a existência de um estigma entre profissionais de saúde em relação a consumidores de SPA (e.g., Albery et al., 2003; Gilchrist et al., 2011; Pinikahana et al., 2002; Van Boekel et al., 2013). Atualmente, fruto da pressão exercida sobre os hospitais, isto é, a sobrelotação de muitas instituições devido ao constante internamento de utentes infetados com Covid-19, é legítima a preocupação de esta situação poder levar a um perigo adicional no que à possibilidade de relegação para segundo plano destes “utentes-consumidor” diz respeito, caso apresentem sintomas de Covid-19 (Volkow, 2020).

Contudo, não bastará apenas que exista respeito por parte dos profissionais de saúde em relação a estes utentes. Os profissionais que lidam com a Covid-19 necessitarão obrigatoriamente de formação especial para poderem adaptar a intervenção a esta população específica, isto é, consumidores de substâncias psicoativas (Ornell et al., 2020).

A questão da perceção dos profissionais que lidam com estas problemáticas diariamente, isto é, consumo de substâncias, dos consumidores e respetivos padrões de consumo é, por isso, um tema que deverá continuar na ordem do dia, na medida em que o trabalho realizado nesta área não tem sido exaustivo nem devidamente referido dada a heterogeneidade da população mundial e o desenvolvimento da mesma. Daí se ressalva a relevância científica e social deste estudo.

2. ESTUDO EMPÍRICO

2.1. Objetivos e questão de investigação

O presente estudo tem como objetivo principal explorar e caracterizar as perceções e práticas de profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros com experiência em urgências hospitalares e nas unidades de saúde locais, acerca dos diferentes padrões de consumo de SPA, em especial os alternativos aos consumos problemáticos. Procura-se, assim, responder à seguinte questão de investigação: Quais as perceções e práticas de profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros que desempenham funções nas urgências hospitalares e nas unidades de saúde locais, acerca dos diferentes padrões de consumo de SPA, em especial os alternativos aos consumos problemáticos?

Como objetivos específicos, este estudo pretende: 1) identificar as perceções destes profissionais acerca de diferentes padrões de consumo (e.g., se reconhecem tal heterogeneidade, quais as características centrais que atribuem a cada um, quais as principais necessidades que reconhecem em cada um); 2) compreender as perceções destes profissionais acerca do conceito de consumo não problemático (e.g., legitimidade e utilidade do conceito, suas características centrais, principais diferenças relativamente aos padrões problemáticos; 3) identificar o tipo e regularidade do contacto destes profissionais com casos de consumos não problemáticos; e 4) descrever o modo de atuação destes profissionais quando se deparam com situações de consumos não problemáticos.

2.2. Método

Atendendo aos objetivos desta investigação e à escassez de conhecimento sobre o objeto de estudo optou-se pela concretização de um trabalho de natureza qualitativa e

exploratória.

2.2.1. Participantes

De acordo com o objetivo do presente estudo, os participantes foram seis profissionais de saúde, mais especificamente, médicos e enfermeiros que desempenham ou desempenharam funções em urgências hospitalares e unidades de saúde locais (critério de inclusão). Destes seis profissionais, quatro eram médicos e dois eram enfermeiros, com idades compreendidas entre os 26 e os 52 anos de idade ($M= 39$ anos; $DP= 10,091$).

Assim sendo, os dois profissionais da área da enfermagem eram do sexo feminino, com uma experiência superior a vinte e cinco anos em áreas como a urgência hospitalar, pediatria e saúde mental. Dos quatro profissionais da área da medicina, três eram do sexo masculino e um do sexo feminino. Estes profissionais apresentavam uma experiência profissional compreendida entre dois a vinte anos em áreas como a medicina geral e familiar, psiquiatria e urgência hospitalar, sendo que um dos participantes era ainda médico numa comunidade terapêutica direcionada para consumidores em reabilitação.

2.2.2. Instrumentos

A recolha de dados foi concretizada através de uma entrevista qualitativa em profundidade com cada participante. Para aumentar a consistência e o rigor na recolha de dados, todas as entrevistas foram orientadas a partir de um mesmo guião semiestruturado (cf. Anexo 1), desenvolvido especificamente para este estudo, a partir dos seus objetivos e da literatura especializada. Tal guião, constituído maioritariamente por questões abertas, englobou diferentes partes, permitindo a recolha de informação sobre: i) características sociodemográficas e profissionais centrais do profissional de saúde, ii) perceções sobre a heterogeneidade de padrões de consumo e sobre os padrões de consumo alternativos aos problemáticos, e iii) práticas, quer efetivamente adotadas, quer consideradas ideais, por

parte destes profissionais de saúde perante casos de consumos não problemáticos.

2.2.3. Procedimentos

2.2.3.1. Recolha de dados. O acesso aos participantes iniciou-se a partir de contactos das redes interpessoais de conhecimento dos investigadores e prosseguiu através de uma estratégia de bola de neve (e.g., Biernacki & Waldorf, 1981). A participação foi totalmente voluntária e mediante o consentimento informado e livre (cf. Anexo 2) de cada participante. Os dados foram recolhidos através de entrevistas individuais e presenciais, realizadas em dia, hora e local acordados entre investigador e participante. As entrevistas foram alvo de gravação áudio para posterior transcrição. Foi sempre assegurado que só o mestrando e as suas orientadoras científicas conseguiam ter acesso às mesmas. A informação pessoal dos/as participantes foi desidentificada para proteger a sua identidade. A cada participante ressaltaram-se, ainda, os direitos de aceder às transcrições integrais da sua própria entrevista e aos resultados desta investigação, assim como de, a qualquer momento, desistir e/ou revogar o consentimento de participação voluntária no presente estudo.

Ao longo de toda a investigação foram assegurados os princípios éticos estabelecidos pela *American Psychological Association* (APA) e pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), nomeadamente participação voluntária, confidencialidade, anonimato, segurança dos dados e consentimento informado. Todos os consentimentos informados e entrevistas foram recolhidos pelo mestrando cuja formação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do ISMAI, o capacitou para uma prática informada pela investigação empírica e para competências de investigação e desenvolvimento de conhecimento científico e técnico na área da Psicologia Clínica e da Saúde.

2.2.3.2. Análise dos dados. Todos os dados obtidos com as entrevistas foram analisados a partir da proposta de análise temática de Braun e Clarke (2006), organizada em seis fases distintas. Assim, numa primeira fase, o objetivo foi a familiarização com os dados, o que implicou transcrever as entrevistas e, de seguida, ler e reler o conteúdo de cada uma e anotar as principais informações. Numa segunda fase, encetou-se a produção de códigos iniciais, codificando informação relevante (atendendo ao objetivo do estudo) de forma sistemática em todo o seu conjunto, agrupando dados relevantes para cada código. O passo seguinte foi investigar temas, o que implicou agrupar códigos em potenciais temas, reunindo todos os dados relevantes para cada um. Rever os temas foi o quarto passo, o que envolveu um processo de comparação constante entre o material empírico para verificar se os temas se adequavam aos dados codificados (Nível 1 - familiarização com os dados) e ao conjunto total de dados (Nível 2 - produção de códigos iniciais), produzindo então um mapa temático da análise. A quinta fase passou por definir e nomear os temas, analisando e aprimorando as especificidades de cada um, bem como a história geral que a análise transmitiu, criando definições e nomes claros para cada tema. Numa última fase, procedeu-se à redação da apresentação dos resultados, o que constituiu a última oportunidade para a análise. Os resultados a apresentar foram aqueles que permitiam responder à questão de investigação deste estudo e, de modo a ilustrá-los, procurou-se complementar tal apresentação com excertos das entrevistas exemplificativos de cada tema e subtema.

3.RESULTADOS

Nesta parte da dissertação apresentam-se os resultados centrais deste estudo, começando-se pelo tema central identificado e progredindo-se para os diversos subtemas e demais especificações que permitem a sua caracterização (cf. Figura 1).

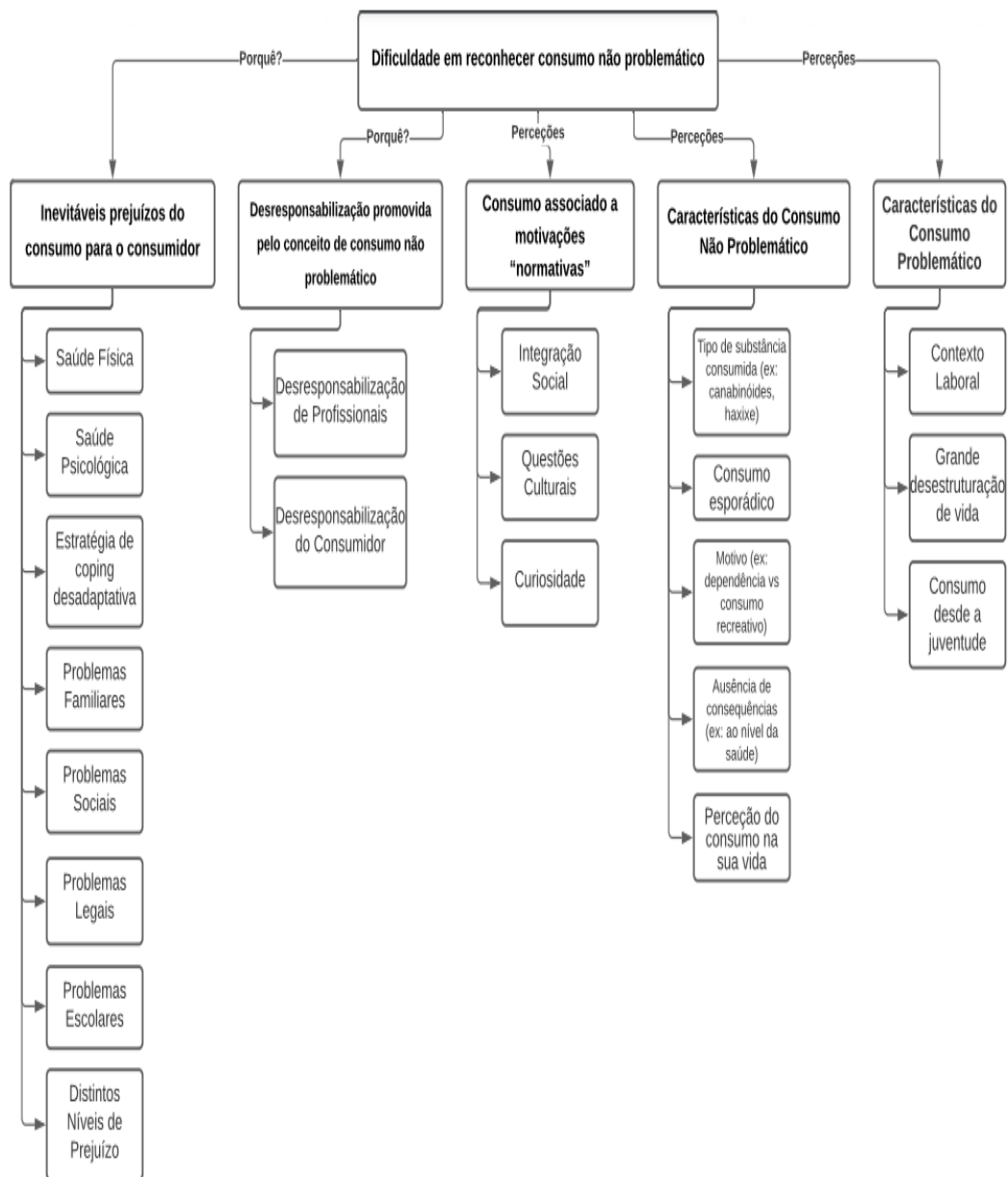


Figura 1 – Diagrama de apresentação do tema e respetivos subtemas gerados a partir da codificação de entrevistas.

3.1. Dificuldade em reconhecer o consumo não problemático (Tema central)

O tema central “dificuldade em reconhecer o consumo não problemático” foi gerado após a análise das entrevistas realizadas a seis profissionais de saúde (médicos e enfermeiros). Apesar da aceitação parcial do conceito e definição de “consumo não problemático”, a natureza desta profissão implica que haja um maior foco naquelas que são as consequências deste consumo, tanto a nível físico, como mental. Assim sendo, foi possível verificar que esta perceção relativa à dificuldade em reconhecer o consumo não problemático esteve presente no momento destes profissionais avaliarem a premência e validade, tanto da definição, como da importância da inclusão deste conceito no vocabulário dos profissionais de saúde.

Posto isto, a dificuldade em reconhecer este conceito (tema central) advém, principalmente, de duas razões: os inevitáveis prejuízos que o consumo acarreta para o indivíduo (e.g., saúde física e psicológica, problemas familiares, sociais, legais e escolares) e também, a desresponsabilização que a aceitação e normalização deste conceito pode promover tanto nos profissionais como nos próprios consumidores, levando a que este assunto passe a ser encarado de forma leviana.

3.1.1. Inevitáveis prejuízos do consumo para o consumidor

3.1.1.1. Saúde física

No processo de realização de entrevistas foi possível observar que, independentemente do posicionamento destes profissionais face à generalidade dos consumos (maior ou menor oposição), há um consenso no que diz respeito aos prejuízos provocados pelo consumo ($n=6$). Desde logo ao nível da saúde física no que toca à síndrome de abstinência, uma vez que os participantes ($n=2$) referiram que o consumo já não é uma opção a partir do momento em que o mesmo é necessário para o corpo não

sentir falta da substância (e.g., “Já não consome meramente por uma necessidade recreativa (...) mas por uma necessidade quase fisiológica do corpo”; “Um consumo mais patológico, em que a pessoa, lá está, já é quase ... uma necessidade fisiológica do corpo.”) e dos demais danos físicos associados ($n=2$) (e.g., “Existem pessoas que se veem com, por causa dos injetáveis, hepatite C, HIV por causa dos comportamentos associados”; “Em termos físicos, há sempre, normalmente, acaba por haver alguma degradação do estado físico quer por cansaço ou por descuido”; “e até em risco de vida”).

3.1.1.2. Saúde psicológica

No contexto de saúde psicológica, foi possível recolher informação que, de certa forma, sustenta a “desconfiança” dos profissionais face à não problematização do consumo, na medida em que estes se deparam, no exercício da sua profissão, em concreto, com a dependência causada pelo consumo destas substâncias ($n=3$) (e.g., “Não conseguem deixar de viver a vida tomando a substância”; “Acaba por reverter num consumo continuado, por necessidade essencialmente”), bem como com os danos psicológicos resultantes deste consumo ($n=3$) (e.g., “Se estivermos a falar de um cliente que tem uma psicose ou um primeiro surto psicótico, qualquer consumo de droga é problemático.”; “E que vinham com alterações do comportamento, com alterações do estado de consciência, com comprometimento até”; “Esses consumos acabaram por desencadear uma doença mental, que se calhar noutro contexto poderia não ocorrer”).

3.1.1.3. Estratégia de coping desadaptativa

O consumo como mecanismo de coping desadaptativo foi também referido pelos participantes ($n=3$), considerando estes que, a certa altura da vida destes consumidores, o consumo passa a ser encarado como uma forma de resolução de problemas (e.g., “a vontade de experienciar substâncias psicotrópicas para se esquecerem da realidade”; “em

que a pessoa, por necessidades emocionais, por alguma fragilidade da vida ou por alguma coisa, se refugie mais nesse consumo de substâncias”), pressupondo-se então que, para estes profissionais, este será um comportamento perpetuado pelo consumidor no decorrer da sua vida por ter em algum momento ajudado a ultrapassar ou a atenuar determinado acontecimento.

Fruto desta visão, foi possível constatar que quatro dos seis profissionais de saúde entrevistados estão convictos de que todo o consumo é problemático e, como tal, ainda que se inicie e se mantenha um consumo doseado e regulado no tempo, a transição para um consumo problemático é vista como inevitável, sendo um aspeto referido e utilizado como argumento várias vezes por estes mesmos profissionais (e.g., “Por isso o não problemático ou pode-se tornar em problemático ou vai-se tornar, necessariamente, em problemático”; “Por não haver a diferença, embora se calhar, numa fase, possa não ser problemático, porque pode não lesar, no imediato, essas vertentes da vida, para mim, vai ser sempre problemático”).

3.1.1.4. Problemas Familiares

Os problemas familiares associados ao consumo foram abordados por três profissionais, não apenas enquanto consequência do consumo, mas também como motivo para o mesmo. Em concreto, dois dos profissionais referiram que os consumos na adolescência estão relacionados com uma desestruturação ao nível familiar (e.g., “Como já são miúdos que pertencem a famílias desestruturadas, já têm a personalidade muito alterada”; “O contexto familiar era pouco estável (...) e em termos pessoais, familiares e sociais era tudo muito desestruturado”) e um destes três profissionais referiu estarem também relacionados com o nível socioeconómico (e.g., “Não quer dizer que sejam de condições socioeconómicas baixas, esses também, mas, principalmente, até miúdos que têm um nível socioeconómico dos pais alto”). Ao nível das consequências do próprio

consumo foi relatado por um dos profissionais que este começa a ser um ponto de rutura a partir do momento em que interfere com a vertente financeira do próprio e, conseqüentemente, do agregado familiar (e.g., “Pelas experiências que tenho tido, normalmente tem sido conflitos familiares sempre, normalmente muito implicados na dependência e no problema monetário, no risco financeiro que isto depois começa a trazer”).

3.1.1.5. Problemas sociais

Ao nível dos problemas sociais, foi possível observar que há a ideia de que, ao existir consumo, os contactos sociais começam a diminuir, uma vez que o consumo de substâncias ilícitas pressupõe alteração ao nível do comportamento e, conseqüentemente, das relações sociais quando comparado com outras substâncias lícitas (e.g., “o tabaco, por exemplo, não dá ... não dá alterações a nível de relações sociais, não é?”), contribuindo para que haja uma alteração do estado social prévio (e.g., “pelo excesso do consumo da pessoa com esses descatos, com esses ... com essa desorganização do seu contexto social”).

Fruto talvez de um estigma social, estes consumos contribuem também para uma redução na procura de novas redes sociais por medo de serem rejeitados, conduzindo a um afastamento por parte do consumidor (e.g., “Depois há sempre uma... geralmente eles... socialmente começam-se a afastar”). Este medo levará também a que se juntem com outros consumidores, aumentando de certa forma a possibilidade de ocorrerem comportamentos de risco associados ao consumo de substâncias (e.g., “alguns começam com redes sociais mais reduzidas com menos... sempre no mesmo contexto social... com 3,4 pessoas não mais do que isso”).

3.1.1.6. Problemas Legais

Questionados acerca das consequências do consumo, apenas dois dos seis profissionais mencionaram a questão dos problemas legais. Um dos profissionais, quando lhe foi apresentada a definição do conceito de consumo não problemático, referiu que concordava ser possível a manutenção de um consumo sem prejuízos em diversas áreas, nomeadamente ao nível da justiça (e.g., “também não incorre em nenhuma ilegalidade, pelo menos em nenhum problema penal”). Já o profissional que abordou a questão das consequências a nível judicial, optou por fazer uma referência à razão pela qual começam a existir problemas com a justiça, acabando então por afirmar que os problemas começam a aparecer a partir do momento em que passa a existir uma dependência do consumidor que o obriga a incorrer em comportamentos que lhe permitam a manutenção do consumo (e.g., “Normalmente é quando já começa a existir conflito e crime/roubo de dinheiro, de bens para vender que desaparecem de casa, normalmente é quando costuma haver problemas”).

3.1.1.7. Problemas Escolares

As questões dos problemas escolares relacionados com o consumo foram abordadas por dois participantes. Foi possível observar que existe uma imagem do adolescente-consumidor associada ao absentismo escolar (e.g., “também faltava muito às aulas”), existindo também a ideia de que o consumo na adolescência propicia um baixo rendimento escolar (e.g., “também são miúdos que não têm grande rendimento escolar”).

3.1.1.8. Distintos níveis de prejuízo

Após análise das considerações tecidas pelos profissionais acerca das consequências advindas de um qualquer padrão de consumo, foi possível constatar que um mesmo padrão de consumo pode revelar-se mais prejudicial para um determinado indivíduo se houver já uma predisposição biológica maior para complicações.

A importância da especificidade de cada consumidor foi referida por quatro dos seis profissionais de saúde (e.g., “acredito que isto adequado ao que são as características pessoais, biológicas da pessoa (...) parece-me haver sim diferenças de consumo e que têm muito que ver com a personalidade da pessoa e o que é também o seu contexto à volta”; “Portanto, as consequências do consumo são muitas vezes distintas e às vezes nem tem que ver com o consumo cumulativo ou com a quantidade e também há pessoas que consomem durante muito tempo sem que exista uma repercussão notória no funcionamento dessas pessoas ou sem que seja pelo menos disruptivo como é noutras pessoas”).

Da mesma maneira, pôde verificar-se que o tipo de droga consumida tem também, segundo as percepções dos profissionais de saúde entrevistados, influência na dimensão do prejuízo que um determinado consumidor pode vir ou não a experienciar. Desde logo, foi possível verificar que, na perspectiva de alguns participantes ($n=3$), há uma maior probabilidade de manutenção da funcionalidade quando o consumo é das comumente denominadas “drogas leves” (e.g., “consumem em pequenas doses umas drogas ainda, o haxixe, o fumar, não injetável (...) normalmente, hmm ... são consumos leves, drogas leves”; “penso que é possível e conheço alguns casos de pessoas que usam esse tipo de substâncias (drogas leves) e que não têm nem perda da funcionalidade na sua vida laboral, na sua vida relacional, não têm consumos excessivos”; “E depois ... hmm ... consumos que também ... com drogas leves que se perpetuam de forma funcional ao longo da vida”). Da referida percepção deduz-se, portanto, que, para alguns dos profissionais entrevistados, há uma tendência a existir maior disrupção na funcionalidade do indivíduo se houver consumo das denominadas “drogas pesadas”.

3.1.2. Desresponsabilização promovida pelo conceito de consumo não problemático

Quando questionados sobre se consideram importante a existência de uma distinção entre consumo problemático e não problemático na prática da sua profissão, as respostas foram várias, desde logo porque cada profissional poderia ou não concordar com o conceito de consumo não problemático.

Assim sendo, dois participantes referiram que não consideram importante existir essa distinção porque acreditam que todos os consumos são problemáticos (e.g., “É assim, poderá haver uma distinção mas ... se há consumo, eu acho que é problemático em si”; “Baseado no que eu respondi até agora: “não” porque eu considero todos os consumos problemáticos”).

Do mesmo modo, foi possível obter pareceres positivos acerca da necessidade de existir uma distinção entre estes dois conceitos de forma a não existir tanta estigmatização ou simplesmente por uma questão de pragmatismo dado o pouco tempo que estes profissionais têm para intervir junto dos seus vários utentes ($n=3$) (e.g., Sim. Sim. (...) obviamente que ainda existe muito estigma em relação a esse tipo de substâncias e a quem consome esse tipo de substâncias, normalmente, (...) define-se logo como um consumidor problemático ou define-se logo como uma pessoa que não ... não está bem.”; “pensando que, se não for problemático, for uma situação que ocorreu uma vez ou que, eventualmente, será uma coisa muito esporádica, eu penso que se calhar é importante haver esses dois conceitos.”; “Sim, eu acho que faz sentido porque o consumo não-problemático, (...), seria uma intervenção ou para a suspensão ou para prevenir que passasse para problemático. E, portanto, depois não faz sentido em termos de estratégias de abordagem, e muitas vezes o tempo de consulta é reduzido (...) e, nesses casos, se identificássemos isso seria importante para depois conseguirmos atuar a tempo.”). Da mesma forma, e após a apresentação desta questão, um dos participantes optou por não se posicionar nem a favor nem contra, preferindo não “etiquetar” o utente e, no âmbito

dessa resposta, permitiu levantar dois cenários passíveis de discussão que serão abordados de seguida e que estão relacionados com as possíveis consequências de existir essa distinção entre conceitos.

3.1.2.1. Desresponsabilização de profissionais

Um dos profissionais, quando questionado acerca da importância de uma possível distinção entre conceitos para o exercício da sua profissão, afirmou que, apesar de considerar útil existir essa noção entre profissionais, o simples ato de “etiquetar” um determinado utente como consumidor não problemático poderá levar a uma desresponsabilização por parte do próprio profissional e de outros profissionais que possam vir a acompanhar o utente, uma vez que esta informação passaria a constar no processo do utente (e.g., “O conceito de consumo não problemático pode induzir, até a mim, uma ... desresponsabilização da análise do consumo, se eu o etiquetar como não problemático”; “Agora, que ache que essa categorização, hmm ... pode, eventualmente, ser útil mas pode ser também prejudicial se a partir dali desresponsabilizar a análise desses consumos”).

Este profissional suporta esta sua convicção na facilidade de transição de um consumo não problemático para um padrão de consumo problemático (e.g., “Os consumos podem ser não problemáticos e passar a ser problemáticos noutra altura e noutra contexto”), defendendo que é necessário existir uma constante avaliação da forma como o consumo vai interferindo na problemática principal, isto é, a razão pela qual o utente se dirigiu inicialmente a este profissional (e.g., “(...) deixar de verificar, de estar atento a como é que ele funciona em contexto do problema que traz a pessoa até a mim, hmm ... isso pode ser um problema, não é?”).

3.1.2.2. Desresponsabilização do consumidor

Do mesmo modo, um outro profissional que mencionou não concordar com a necessidade de existir distinção entre conceitos, afirma que uma possível distinção entre conceitos e categorização dos consumidores segundo os mesmos, poderia passar a ideia errônea de que o consumo é controlável e, conseqüentemente, potencialmente inofensivo, inculcando nos consumidores a percepção de que o consumo não viria nunca a ser um problema (e.g., “Até porque acho que estaríamos a transmitir a mensagem de que realmente existem consumos não problemáticos (...) que a pessoa por si própria perceba que não tem assim tantos problemas associados, ou seja, até vai conseguir fazer e controlar e fazer daquele consumo uma coisa muito esporádica e, portanto, a abrir caminho a um problema.”). Este mesmo profissional rejeita o conceito de consumo não problemático porque, na sua visão, o consumo trará inevitavelmente conseqüências ao nível da saúde e, uma vez mais, a introdução deste conceito poderia traduzir-se numa tentativa dos consumidores em convencer-se de que o consumo de SPA não é assim tão lesivo para a saúde e, portanto, facilitaria a integração do consumo no seu “self” e também atuaria como forma de desculpabilizar tal prática (e.g., “E, portanto, vão fazendo de uma maneira que eu acho que é para tentar integrar e aceitarem melhor, mas que tentam desculpabilizar, ou pelo menos tentam tirar algum peso sobre os efeitos prejudiciais para a saúde”).

3.1.3. Consumo associado a motivações “normativas”

O consumo e o início do mesmo podem estar relacionados com diversas motivações. Os profissionais, quando questionados acerca do contexto e razões pelas quais se iniciaria o consumo, associaram maioritariamente o início à adolescência numa ótica de integração social, ainda que esta variável tenha sido também referida como estando presente na idade adulta. Foram ainda mencionadas duas outras motivações para

o consumo em geral, nomeadamente as questões culturais e a curiosidade acerca do consumo de SPA.

3.1.3.1. Integração Social

Como foi referido anteriormente, a questão da integração social foi a motivação mais vezes referida para o consumo de SPA ($n=3$), seja por uma questão de pressão do grupo ou simplesmente porque o contexto social propicia a que existam e se banalizem esses mesmos consumos (e.g., “Nos mais novos é o grupo de amigos, é uma experiência social e também é um clichê, mas é verdade, muito de aceitação, ou seja, os amigos vão experimentar e não há ninguém que queira dizer que não.”; “Aqueles consumos nas faixas etárias mais velhas o que eu me apercebo, muitas vezes também, é: ou começou por aí ou então em idades mais velhas, até em contexto social de trabalho com colegas de trabalho”; “muitas vezes, sei que há consumos meramente em contextos sociais”).

3.1.3.2. Questões culturais

Dada a pluralidade cultural existente na sociedade onde cada membro/comunidade possui os seus valores, forma de ver, entender e agir, a motivação para o consumo de SPA derivada de questões culturais foi referida por dois participantes, estando esta presente na adolescência e idade adulta (e.g., “de como começou a fumar, em que contexto e com que regularidade e como está agora e do ambiente familiar e social e do que é que é aceite, quer no contexto social quer cultural de onde está”; “Outro mais ligado a determinados contextos, nomeadamente a contextos de festa ou a determinados, hmm ... contextos, microcultura mais juvenil, etc., e depois também questões culturais que existem na idade adulta, não é?”).

3.1.3.3. Curiosidade

A curiosidade e a necessidade de experimentar foram também referidas pelos participantes ($n=2$) como sendo uma motivação para o consumo, não estando esta variável associada a faixas etárias (e.g., “Muitas vezes, a forma como as pessoas iniciam esses consumos, penso que parte também, a maior parte das vezes, por uma questão de curiosidade”; “será mesmo ... pronto ... uma coisa para experimentar”; “Depois, há padrões ... há aquele padrão experimental e entre pares da juventude”).

3.1.4. Características do consumo não problemático

Quando questionados acerca daquelas que consideravam ser as características diferenciadoras entre um consumo não problemático e um consumo problemático, os profissionais foram, de uma forma geral pouco unânimes, tendo referido diversas particularidades deste tipo de consumo.

Assim sendo, um dos profissionais referiu que um padrão de consumo não problemático estaria associado ao tipo de droga utilizada, neste caso a tendência para o consumo das denominadas drogas “leves” (e.g., “E depois consumos que também ... com drogas leves que se perpetuam de forma funcional ao longo da vida, mas, por vezes, também com algum impacto, com períodos de maior agravamento de consumos”) e também às consequências, ou idealmente, ausência de consequências, na presença de um consumo (e.g., “eu diria que um consumo não problemático seria um consumo moderado em alguém que não tem riscos associados, nomeadamente doença mental e que hmm ... se mantenha moderado ao longo do tempo, ou seja, permite fazer coexistir um percurso funcional de vida.”).

Um outro profissional caracterizou o consumo não problemático como sendo um consumo que aconteceu uma vez ou que é esporádico (e.g., “pensando que, se não for

problemático, for uma situação que ocorreu uma vez ou que, eventualmente, será uma coisa muito esporádica”).

Por outro lado, um dos profissionais preferiu atribuir, como característica diferenciadora entre padrões de consumo, o motivo pelo qual se dá o consumo, ou seja, se o consumo acontece por uma questão de dependência ou meramente com fins recreativos (e.g., Penso que é (...) a grande diferença de (...) um consumo em que a pessoa apenas utilize aquilo para se sentir bem naquele momento (...) do que aquele consumo ... pronto, lá está, problemático em que já interfere com a funcionalidade da pessoa”).

De outra forma, dois profissionais distinguiram estes dois padrões de consumo através da percepção que o consumidor tem acerca do próprio consumo. Um destes dois profissionais abordou o assunto aludindo à questão da acomodação da dependência (e.g., “Porque aqueles que se apercebem que não conseguem deixar de viver a vida tomando a substância (...) já sabem que estão, como eles dizem, os “agarrados”, não é? Esses não são problemáticos porque já se aperceberam, não é?”; “Eu associo o não problemático àquelas pessoas que ... pronto, que já sabem que estão agarradas e querem deixar de, de estar.”). Ainda ligado à percepção que o consumidor tem acerca do consumo, um outro profissional referiu que o consumo não é problemático enquanto não for percebido pelo consumidor ou por terceiros como tal, considerando portanto que seria mais problemático se o consumidor tivesse noção dos riscos e mesmo assim mantivesse este comportamento (e.g., “Pronto, hmm ... Ora bem, ele pode ser não problemático enquanto nós não percebermos o impacto que terá na nossa saúde, ou até a nível económico ou familiar, não é?”).

3.1.5. Características do consumo problemático

Em relação ao conceito de consumo problemático, no geral, as definições e caracterizações deste padrão de consumo foram já mais unânimes entre os profissionais, desembocando na grande maioria das vezes naquilo que é visto e aceite atualmente pela sociedade como um padrão de consumo problemático, diga-se, consequências a nível pessoal, saúde, familiar, judicial, social e profissional. Importa, portanto, considerar três características que saíram fora do padrão de definição deste consumo.

Uma delas, mencionada por dois profissionais, tem que ver com o contexto laboral, ou neste caso, com a especificidade do trabalho (e.g., “Depois há consumos de drogas ao perfil de ... de pessoas que ... trabalhem em ambientes mais pesados, drogas duras e fazem ... ao longo da vida, não é?” – não me parece claro; “(...) ou de sentirem que conseguem ser produtivos também muitas vezes, dependendo da substância que tomarem para estarem concentrados às vezes, também existe esse consumo”).

Outra característica ($n=1$) é a associação do consumo a uma grande desestruturação de vida, ou seja, várias complicações na vida do consumidor que levaram ao início e à manutenção deste consumo (e.g., “e que tem esse padrão na vida e tem uma grande ... normalmente, uma desestruturação grande ... na sua biografia”).

Por fim, outra característica associada a este padrão de consumo prende-se com a altura em que estes consumos se iniciaram ($n=1$), tendo este profissional mencionado que um padrão de consumo problemático terá maior probabilidade de ocorrer se tal prática se tiver iniciado na juventude (e.g., “há um padrão de consumidor pesado, que começa desde ... desde mais ... mais jovem normalmente”).

3.2. Regularidade com que se deparam com situações de consumo e modo de atuação destes profissionais face a estes consumos

3.2.1. Modo de atuação

Os profissionais de saúde, quando questionados acerca do modo de atuação quando se deparam com situações de consumos não problemáticos, responderam de acordo com a sua área de especialização e com aquela que consideram (por experiência própria) ser a faixa etária onde ocorrem maioritariamente estes consumos.

Assim sendo, dois participantes abordaram o seu modo de atuação na presença de consumo na adolescência, respondendo que adaptam a intervenção à especificidade do utente (e.g., “tem que ser adaptada se o jovem está em instituição ou se está com a família e tem que ser adaptada também ao comportamento que o jovem tem na sua vida diária”; “Quando assumem esse consumo eu tento identificá-lo, se é mais regular ou menos, quantas vezes, se é com amigos só ou se é sozinho. Tento caracterizá-lo.”).

Outros três participantes mencionaram que faziam um esforço por adaptar a intervenção à vontade e especificidade do utente, não tendo referido quaisquer faixas etárias, assumindo-se, portanto, que será o *modus operandi* para a globalidade dos utentes (e.g., “depois dependendo muito do que é notado como sendo o mais adequado para o paciente, em adultos, e também em jovens”; “ tenta-se sempre adaptar um bocado a intervenção à especificidade da pessoa”; “no dia-a-dia, as pessoas que exprimem, consomem esta ou aquela droga, tento perceber, primeiro, se há fatores de risco de doença mental que ... sugerem que seja necessário que os consumos possam ser um risco para a pessoa ou se ... se realmente os consumos não são problemáticos e existem sem ... sem agravamento do risco, não é?”).

Por fim, um dos participantes revelou não sentir necessidade de adaptar a intervenção à especificidade do utente, uma vez que não faz distinção entre consumidores e, portanto, não o faz no contexto de trabalho (e.g., “não para mim, não há ... não há distinção nesses ... nesses contextos”).

3.2.2. Regularidade

Quando questionados acerca da regularidade com que se deparam com este tipo de utentes, metade dos profissionais (n=3) não respondeu diretamente à questão. Um dos profissionais referiu que a frequência não era elevada uma vez que questionava pouco os utentes acerca desta temática (e.g., “Eu acho que me deparo pouco porque também questiono pouco.”), tendo um outro profissional apresentado uma possível razão para a falta de questionamento por parte dos profissionais de saúde (e.g., “mesmo entre...entre profissionais de saúde, existe esse estigma quanto a consumidores, sim.”). Por fim, um dos profissionais apresentou dados concretos relativamente a utentes-consumidores (e.g., “Em termos de volume desses utentes, na minha prática, num universo de aproximadamente 1600/1700 utentes, tenho se calhar 10 neste contexto.”).

4.DISCUSSÃO

Nesta secção iremos sintetizar os principais resultados obtidos de modo a responder aos vários objetivos específicos de investigação que foram inicialmente definidos e, portanto, a melhor compreender as perceções dos profissionais de saúde entrevistados acerca do consumo não problemático, assim como as suas práticas quando lidam profissionalmente com tais casos.

Quanto ao primeiro objetivo específico - identificar as perceções destes profissionais acerca de diferentes padrões de consumo -, foi possível observar que alguns dos participantes, apesar de admitirem a variabilidade de tais padrões, nomeadamente no que respeita ao tipo de SPA utilizada e à regularidade e objetivos do consumo, acabaram por se focar nos prejuízos que consideraram decorrer de tal comportamento, independentemente do padrão de utilização das substâncias. De um modo geral, tal perceção está alinhada com o que vem sendo descrito em estudos anteriores (e.g., Cruz, 2015; Trigueiros & Carvalho, 2010). Neste sentido, a perceção de que, tal como referia

um participante, “para mim todos os consumos são problemáticos” foi a mais comum, ainda que alguns dos participantes tenham, em algum momento da entrevista, admitido a existência de uma heterogeneidade naquilo que são os padrões de consumo. Em concreto, além de um padrão de consumo problemático, o conceito de “consumo recreativo” foi largamente referido. Os resultados sugerem que os profissionais de saúde entrevistados recorrem a tal conceito para, de algum modo, se referirem a padrões de consumo alternativos aos problemáticos, tal como têm vindo a ser caracterizados na literatura especializada (e.g., Calafat et al., 2005; Cruz, 2011; OEDT, 2002). Assim sendo, no cômputo geral, a principal característica apresentada pelos participantes para distinguir padrões de consumo foi a implicação que tal prática acarreta na funcionalidade do indivíduo em qualquer domínio da sua vida, nomeadamente em termos familiares, sociais, legais, laborais, escolares, bem como na saúde física e psicológica. Também em trabalhos anteriores esta dimensão da (in)capacidade de manter a funcionalidade nas diversas áreas da vida tem sido considerada central para a definição de um consumo/consumidor como não problemático (e.g., Cruz, 2011, 2015; Calafat et al., 2005; Warburton et al., 2015).

Relativamente ao segundo objetivo específico - compreender as perceções destes profissionais acerca do conceito de consumo não problemático -, importa notar a aceitação parcial do conceito e respetiva definição apresentados aos participantes pelo entrevistador. Todavia, provavelmente a própria natureza da profissão de enfermeiro e médico implica que haja um maior foco naquelas que são as consequências negativas deste consumo, tanto a nível físico, como mental. Assim sendo, foi possível verificar que esta preocupação esteve presente no momento destes profissionais avaliarem a premência e validade, tanto da definição, como da importância da inclusão da mesma no vocabulário e na prática dos profissionais de saúde. Uma vez mais, este resultado vai ao encontro da

literatura existente que aponta que esta desconfiança por parte dos profissionais face a um qualquer padrão de consumo poderá estar relacionada, entre outras, com a crença de que a condição de consumidor é intratável e irreversível, acarretando sempre consequências para o utilizador seja qual for o domínio da sua vida (e.g., Gilchrist et al., 2011; Takano et al., 2015).

Quanto às características do consumo não problemático, foi possível constatar que este é associado maioritariamente à utilização das comumente denominadas drogas *leves*, em contexto social e com fins recreativos. A perceção dos participantes é a de que tal padrão de consumo não pressupõe obrigatoriamente uma dependência física ou mental (característica associada a um padrão de consumo problemático) e que, portanto, não lhe estarão associados riscos significativos para o consumidor. Globalmente, a associação de um padrão de consumo não problemático ao tipo de drogas utilizadas, ao contexto onde estas são consumidas e à regularidade de utilização (podendo esta última revelar-se importante no evitamento da dependência física ou mental) é igualmente veiculado pela literatura existente (e.g., Cruz, 2011, 2015; OEDT, 2002; Calafat et al., 2005).

No que concerne ao objetivo específico - identificar o tipo e regularidade do contacto destes profissionais com casos de consumo não problemático -, encontrou-se que, independentemente da área de especialização do profissional entrevistado, a regularidade com que se depara com casos envolvendo um qualquer padrão de consumo/consumidor é, na perspetiva dos participantes, reduzida. Tal não poderá, contudo, ser linearmente interpretado como sinal de uma menor expressão de tal fenómeno, uma vez que pode dever-se, nalguma medida, ao baixo questionamento por parte dos profissionais de saúde aos utentes acerca desta problemática. Assim, como referido pelos participantes, a regularidade com que estes profissionais se deparam com casos de consumidores de SPA é baixa também porque esta ação de questionamento não

é uma prática habitual dos mesmos na sua interação com a generalidade dos utentes. Além disso, provavelmente também pelo estigma que tende a persistir face aos consumidores de SPA, tanto na sociedade em geral como entre os próprios profissionais, é reduzida a probabilidade de um consumidor ser identificado sem que seja por alterações do comportamento evidentes; os próprios utentes podem sentir-se, de facto, pouco motivados para admitir tal prática e pedir ajuda e dificultar a identificação destes consumidores. A questão da estigmatização do utente-consumidor de drogas por parte da sociedade em geral (e.g., Gandarinho & Cruz, 2017), mas também por parte dos próprios profissionais de saúde, tem sido igualmente descrita em trabalhos anteriores (e.g., Albery et al., 2003; Gilchrist et al., 2011; Pinikahana et al., 2002; Van Boekel et al., 2013), alguns estudos indicam, por exemplo, que estes utentes conseguem aperceber-se do stresse que causam, ou podem vir a causar, aos profissionais de saúde, devido a este seu rótulo de consumidor de drogas (e.g., Ford, 2011; Van Boekel et al., 2013).

Por fim, quanto ao objetivo específico - descrever o modo de atuação destes profissionais quando se deparam com situações de consumo não problemático -, foi possível constatar que, de um modo geral, existe um esforço e uma preocupação por parte destes profissionais de saúde em adaptar a intervenção àquilo que é a especificidade e o contexto de cada utente. Os participantes associam com frequência este fenómeno à fase da adolescência, o que provavelmente ajuda a explicar o esforço consciente dos profissionais em perceber que tipo de papel tem este consumo na vida do adolescente e, após caracterizado o padrão de consumo, perceber de que maneira o contexto em que este se encontra inserido está a influenciar este comportamento. Da mesma forma, os profissionais entrevistados manifestaram a preocupação em não atribuir unicamente ao adolescente a responsabilidade pelo seu consumo e pela alteração do seu comportamento; pelo contrário, foi veiculada a necessidade de atender também a todo o contexto

envolvente, nomeadamente a família ou até a instituição onde o adolescente está integrado. Pinikahana (2002) e seus colaboradores referem isso mesmo, ou seja, a envolvimento por parte da família acaba por se revelar um preditor do sucesso da intervenção.

De acordo com os participantes, a vontade do utente é algo que é tido em conta por parte dos profissionais aquando da sua intervenção nestes casos. Terminada a fase de avaliação do utente, a vontade do utente é, porventura, aquela que mais peso terá nos procedimentos a adotar de seguida por parte destes profissionais. Ou seja, segundo aquilo que foi referido pelos participantes, a perceção que o utente tem acerca da função e da importância que o consumo tem na sua vida ditará se esta será uma intervenção para a interrupção deste comportamento ou se será uma intervenção direcionada para a prevenção. O processo de consciencializar o utente acerca da facilidade de transição de um padrão de consumo não problemático para um padrão de consumo problemático e os necessários prejuízos associados a este consumo no presente e no futuro do utente apresentam-se como as primeiras medidas de prevenção a ser tomadas pelo profissional. O papel e a atitude do profissional de saúde revelam-se, portanto, um fator importante naquela que vai ser a vontade e o próximo passo do utente. Gilchrist et al. (2011) sugerem que há um descuramento do papel dos profissionais, existindo um foco excessivo naquelas que são as características individuais do utente e no tipo de tratamento oferecido. Assim sendo, é de evidenciar as boas práticas demonstradas pelos profissionais neste estudo, podendo-se afirmar que uma atitude positiva, profissional e não discriminatória poderá influenciar a qualidade e efetividade do tratamento e, portanto, revelar-se um relevante preditor no que ao sucesso da intervenção diz respeito (e.g., Brener et al., 2010; Van Boekel et al., 2013).

Importa, ainda, atender à percepção de alguns dos profissionais entrevistados, de que o conceito de consumo não problemático pode promover uma desresponsabilização, tanto do profissional em relação àquele caso, como do próprio indivíduo em relação ao seu padrão de consumo. Não obstante existam diversas vantagens (nomeadamente em termos de eficácia de intervenção) em reconhecer a variabilidade de padrões de consumo de SPA, tal desresponsabilização poderá constituir um eventual ponto negativo. A não exploração daquilo que é verdadeiramente um consumo problemático ou não problemático, isto é, o não conhecimento alargado por parte dos profissionais daquilo que pode ser ou já é um preditor de como vai atuar o consumo na vida de um determinado utente-consumidor, pode conduzir a um insucesso na própria intervenção, como comprovado pela literatura existente (e.g., Nicholson et al., 2012).

Uma outra questão passível de ser valorizada tem que ver com o facto de passar a ser assumida essa distinção entre conceitos no universo dos profissionais de saúde, isto porque o simples ato de caracterizar um consumidor como não problemático por um qualquer profissional pode conduzir a um relaxamento naquela que é a preocupação ou a atenção dada a um determinado utente. Posto isto, tanto o profissional que o caracteriza como consumidor não problemático, como o futuro profissional com quem este consumidor pode vir a lidar, correrão o risco de desconsiderar o momento atual e o contexto atual, podendo, uma vez mais levar a um insucesso na intervenção.

5.CONCLUSÃO

Este estudo revela-se pertinente dada a evolução da sociedade e daquele que é o fenómeno em crescendo associado à utilização de substâncias psicoativas. Não tendo sido este um tema habitualmente estudado ao longo dos vários anos por diversas razões, sejam elas políticas ou sociais, quando estudado, o foco manteve-se a grande maioria das vezes direcionado para as dimensões negativas associadas ao consumo, principalmente o

consumo problemático. Assim sendo, foi-se relegando para segundo plano a possibilidade de se estudarem padrões de consumo alternativos aos problemáticos e que não desembocassem necessariamente nas reconhecidas consequências negativas para o consumidor.

Com o intuito de se responder à questão de investigação inicialmente estipulada, e através dos resultados obtidos, pôde concluir-se que há ainda algum desconhecimento no que diz respeito à heterogeneidade de padrões de consumo. Este desconhecimento pode dever-se a diversas razões, desde logo, a formação académica dos profissionais de saúde, uma vez que esta falta de conhecimento académico foi realçada pela grande maioria dos profissionais, tendo sido relatado que o conhecimento que têm acerca desta problemática provém da sua curiosidade e necessidade em saber mais acerca do tema. Outros motivos que podem ajudar a compreender tal percepção prendem-se, na nossa perspectiva, com a própria faixa etária dos profissionais de saúde entrevistados. Este aspeto poderá ser importante, na medida em que este começou a ser um tema com maior incidência e visibilidade nos últimos anos e, fruto desta maior discussão por parte da sociedade, este deixou de ser um tema tabu. Assim sendo, estes profissionais com uma idade cronológica menor em comparação com os participantes com idade cronológica superior, ao serem parte integrante da sociedade, são também um produto dela e, como tal, é expectável que apresentem visões menos conservadoras no que toca ao consumo e aos consumidores. Não obstante, fruto da experiência enquanto profissionais da área da saúde, considera-se compreensível que exista alguma reticência face a esta problemática, isto porque no exercício da sua profissão terão já vivenciado situações potencialmente chocantes que resultam de consumos descontrolados e, portanto, devastadores para a saúde do indivíduo, sendo esperado que este seja o principal foco num profissional da área da saúde.

Neste sentido, urge capacitar os atuais e os futuros profissionais de saúde com conhecimentos e competências práticas relativos ao consumo de SPA e a tudo o que este fenómeno engloba. Esta mudança só deverá acontecer quando existir também uma mudança no paradigma social e político, possibilitando que este fenómeno deixe de ser encarado e estudado unicamente numa perspetiva remediadora, abrindo-se portas a discussões que possam efetivamente contribuir para a consciencialização dos principais intervenientes, isto é, consumidores, potenciais consumidores e profissionais de saúde.

Este estudo encerra importantes contribuições para a compreensão das perceções de profissionais de saúde quanto ao consumo não problemático, mas foram enfrentados alguns obstáculos na sua concretização. De destacar, sobretudo, o facto de não ter sido possível aceder a um grupo mais vasto de profissionais de saúde, em grande medida pela pandemia COVID-19 que, entretanto, assolou o mundo. Apesar de, com esta investigação, pretendermos obter uma compreensão aprofundada sobre as perceções de profissionais de saúde quanto ao consumo não problemático, consideramos que o reduzido número de participantes pode ter constrangido em certa medida os resultados obtidos. Neste sentido, em trabalhos futuros, deve recolher-se dados com mais participantes, abarcando profissionais de saúde de outras áreas de especialidade, nomeadamente dos cuidados de saúde primários, por se encontrarem numa posição privilegiada para detetar casos de consumo de SPA e sinalizar os que beneficiariam de algum tipo de intervenção. O facto de não se ter procedido, neste estudo, à validação dos resultados, designadamente através de uma nova consulta aos participantes constitui, na nossa perspetiva, uma limitação do mesmo, que importa colmatar em futuras investigações.

Finalmente, e sendo este um tema que não é ainda alvo de alargada investigação e discussão, considera-se, como principal contributo do presente estudo, a constatação de

que existe uma dificuldade por parte dos médicos e enfermeiros entrevistados em reconhecer a existência de um padrão de consumo não problemático. Esta dificuldade deve-se, principalmente, ao desconhecimento evidenciado por parte dos profissionais em relação à pluralidade de padrões de consumo; ao simples exercício da sua profissão, onde são confrontados com as consequências negativas e danos provenientes destes consumos em utentes, sendo normal que a visão sobre o consumo de SPA em geral não seja positiva; e também, porque consideram que o reconhecimento do conceito de consumo não problemático poderia promover uma desresponsabilização tanto nos profissionais como nos próprios utentes-consumidores. Espera-se, portanto, que este estudo possa de alguma maneira, contribuir para o desenvolvimento de futuras investigações que dotem os nossos profissionais de maior capacidade, sendo este resultado de um conhecimento mais alargado do fenómeno em si e que ajudaria a melhorar, ainda mais, o serviço prestado a todos nós.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agulló-Calatayud, V., Fernandes, L., González-Alcaide, G., & Valderrama-Zurián, J. (2009). A investigação sobre Toxicodependências em Portugal: Produtividade, colaboração científica, grupos de trabalho e âmbitos de investigação abordados. *Revista Toxicodependências*, 15(2), 13-34.
- Albery, I. P., Heuston, J., Ward, J., Groves, P., Durand, M. A., Gossop, M., & Strang, J. (2003). Measuring therapeutic attitude among drug workers. *Addictive Behaviors*, 28(5), 995-1005.
- Amaral, J., H., & Gois, M., M., A. (2009). O uso de drogas lícitas e ilícitas e as suas consequências sociais e económicas. *Encontro de iniciação científica*, 5(5).
- Biernacki, P., & Waldorf, D. (1981). Snowball sampling: Problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods & Research*, 10(2), 141-163.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Brener, L., von Hippel, W., von Hippel, C., Resnick, I., & Treloar, C. (2010). Perceptions of discriminatory treatment by staff as predictors of drug treatment completion: Utility of a mixed methods approach. *Drug and Alcohol Review*, 29(5), 491-497.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., & Becoña, E. (2005). Como el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17, 145-155.
- Carapinha, L., Guerreiro, C., Lavado, E., Ribeiro, C., Carapinha, L., & Guerreiro, C. (2015). *Estimativa do consumo problemático/de alto risco de drogas*. SICAD.
- Cruz, O., & Machado, C. (2010). Consumo “não problemático” de drogas ilegais.

Toxicodependências, 16(2), 39-47.

Cruz, O. (2011). Histórias e trajetórias de consumidores ‘não problemáticos’ de drogas ilícitas. (Tese de doutoramento). Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/13736>.

Cruz, O. (2015). Nonproblematic illegal drug use: Drug use management strategies in a Portuguese sample. *Journal of Drug Issues*, 45(2), 133-150. doi: 10.1177/0022042614559842.

Figueiredo, R. (2002). Para repensar as categorias utilizadas com grupos sociais. In R. Figueiredo, *Prevenção ao Abuso de Drogas em Ações de Saúde e Educação*. São Paulo: NEPAIDS.

Ford, R. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: The experience of nurses’ care of patients who use illicit drugs. *Contemporary nurse*, 37(2), 241-252.

Gandarinho, D., & Cruz, O. S., (2017). Perceções de jovens consumidores ‘ocultos’ de canábis sobre a lei da droga em Portugal: Um estudo qualitativo. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, 11, 1-29.

Gilchrist, G., Moskalewicz, J., Slezakova, S., Okruhlica, L., Torrens, M., Vajd, R., & Baldacchino, A. (2011). Staff regard towards working with substance users: A European multi - centre study. *Addiction*, 106(6), 1114-1125.

Institute for Drugs and Drug Addiction. (2009). 2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the REITOX National Focal Point: Portugal: new development, trends and in-depth information on selected issues.

- IDT, I. P. (2011). Relatório Anual • 2010 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências. IDT, Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais - Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- Longo, M. (2015). A dependência de substâncias psicoativas na perspectiva da comunidade terapêutica. *Journal of Health Sciences*, 17(4), 286-291.
- Medeiros, D., & Tófoli, L. F. (2018). Mitos e evidências na construção das políticas sobre drogas.
- Minayo, M., & Schenker, M. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707–717.
- Nicholson, T., Duncan, D. F., White, J., & Watkins, C. (2012). Focusing on abuse, not use: A proposed new direction for US drug policy. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 19(4), 303-308.
- Oliveira, S. (2013). “Portugal é um país de vanguarda em estratégia e prevenção do consumo”. *Dependências*, 6.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2000). *Consumo de droga na União Europeia*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2002). *As drogas em destaque: o consumo recreativo das drogas – um importante desafio na UE*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.

- Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2010). *Relatório Anual-2010: A Evolução do Fenómeno Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias.
- Ornell, F., Moura, H. F., Scherer, J. N., Pechansky, F., Kessler, F., & von Diemen, L. (2020). The COVID-19 pandemic and its impact on substance use: implications for prevention and treatment. *Psychiatry research*, 113096.
- Pallarés, J. (1996). El placer del scorpion. *Antropología de la heroína y los yonquis (1970-1990)*. Editorial Milenio.
- Pinikahana, J., Happell, B., & Carta, B. (2002). Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nursing & health sciences*, 4(3), 57-62.
- Randesi, M., van den Brink, W., Levran, O., Blanken, P., Butelman, E. R., Yuferov, V., ... Kreek, M. J. (2016). Variants of opioid system genes are associated with non-dependent opioid use and heroin dependence. *Drug and alcohol dependence*, 168, 164-169.
- Rome, B. N., & Avorn, J. (2020). Drug evaluation during the Covid-19 pandemic. *New England Journal of Medicine*.
- Takano, A., Kawakami, N., Miyamoto, Y., & Matsumoto, T. (2015). A study of therapeutic attitudes towards working with drug abusers: Reliability and validity of the Japanese version of the drug and drug problems perception questionnaire. *Archives of psychiatric nursing*, 29(5), 302-308.
- Trigueiros, L. & Carvalho, M. (2010). Novos usos drogas: Um estudo qualitativo a partir das trajetórias de vida. *Toxicodependências*, 16(3), 29-44.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., Van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 131(1-2), 23-35.

Vasconcelos, L. A. (2003). Heroína e agência: itinerários de uso da droga na Lisboa dos anos 90. *Etnografia*, 6(2), 369-401.

Volkow, N. D. (2020). Collision of the COVID-19 and addiction epidemics.

Warburton, H., Turnbull, P. & Hough, M. (2005). *Occasional and controlled heroin use: Not a problem?*. Joseph Rowntree Foundation.

Wiessing, L., Hartnoll, R. & Rossi, C. (2001). The epidemiology of drug use at the macro level: Indicators, models and policy-making. *UN Bulletin on Narcotics*, 53. 119-133.

Legislação consultada

Decreto-Lei n.º 17/2012, de 26 de janeiro. Diário da República n.º 19, Série I. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 30/2000, de 29 de novembro. Diário da República n.º 276, Série I. Lisboa: Assembleia da República.

Decreto-Lei n.º 15/1993, de 22 de janeiro. Diário da República n.º 18, Série I. Lisboa: Assembleia da República.

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

Anexo 2 - Guião de entrevista semiestruturado

Anexo 1 – Declaração de Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo e o Regulamento Geral de Proteção de Dados da União Europeia

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

Título do estudo: “Perceção de médicos e enfermeiros acerca do consumo não-problemático de substâncias psicoativas”

Financiamento: Não existe

Enquadramento: Este estudo tem como instituição o Instituto Universitário da Maia (ISMAI)/Maiêutica Cooperativa de Ensino Superior C. R. L.. O investigador responsável por este projeto e estudo é Marcelo Correia Lopes. Este estudo obteve o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Universitário da Maia (ISMAI)/Maiêutica Cooperativa de Ensino Superior C. R. L e Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Descrição do estudo e dos procedimentos adotados: O objetivo da investigação é explorar e caracterizar as perceções e práticas de profissionais de saúde, designadamente médicos e enfermeiros que desempenham funções nas urgências hospitalares e nas unidades de saúde locais, acerca dos diferentes padrões de consumo de substâncias psicoativas, em especial os alternativos aos consumos problemáticos. Atendendo aos objetivos desta investigação e à escassez de conhecimento sobre o objeto de estudo optou-se pela concretização de um trabalho de natureza qualitativa e exploratória. A recolha de dados será concretizada através de uma entrevista qualitativa em profundidade, presencial e individual. Para aumentar a consistência e o rigor na recolha de dados, todas as entrevistas serão orientadas a partir de um mesmo guião semiestruturado, desenvolvido especificamente para este estudo, a partir dos seus objetivos e da literatura especializada. As entrevistas serão realizadas em dia, hora e local acordados entre o investigador e cada participante.

Recolha, manutenção e proteção dos dados recolhidos: Ao longo de toda a investigação serão assegurados os princípios éticos estabelecidos pela American Psychological Association (APA) e pela Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP), nomeadamente participação voluntária, confidencialidade, anonimato, segurança dos dados e consentimento informado. Todos os consentimentos informados e entrevistas serão recolhidos pelo mestrando (cuja formação, no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do ISMAI, o capacitou para uma prática informada pela investigação empírica e para competências de investigação e criação de conhecimento científico e técnico na área da Psicologia Clínica e da Saúde). As entrevistas em formato áudio e as transcrições das mesmas serão armazenadas num computador no ISMAI e os consentimentos informados serão guardados em papel num armário. Em ambos os casos, o acesso a tal informação é restrito, inclusive pela existência de barreiras físicas. Além disso, no armazenamento de tais documentos, quer em formato digital quer em papel, será sempre assegurado que só o mestrando e as suas orientadoras científicas conseguem ter acesso aos mesmos. A informação pessoal dos/as participantes será desidentificada para proteger a sua identidade. Para tal, a cada participante será atribuído um código que substituirá o seu nome original e, assim, apenas o mestrando e as suas orientadoras terão acesso ao nome e ao código de cada um. Todos os dados recolhidos serão registados de forma anónima numa base de dados, armazenada num servidor localizado no ISMAI. Sempre que for necessário efetuar uma correspondência entre os diferentes dados, tal procedimento será apenas possível através da consulta do processo do/a participante, armazenado em papel e áudio em locais seguros e de acesso restrito, no ISMAI. Realça-se que todos os dados recolhidos serão mantidos por um período de 5 anos e apagados após esses mesmos 5 anos.

Confidencialidade e anonimato: Este estudo garante a confidencialidade das informações prestadas, sendo os dados recolhidos usados para o presente estudo, assegurando sempre a proteção da identidade dos/as participantes. Assim, apenas os/as investigadores/as Doutora Olga Furriel de Souza Cruz, Doutora Marlene Patrícia Monteiro Sousa e Marcelo Correia Lopes terão acesso aos dados dos questionários e das sessões gravadas em áudio. Na publicação de eventuais trabalhos de carácter científico, a identidade dos/as participantes ficará protegida, não sendo revelado o seu nome nem qualquer outra característica que os/as possam identificar.

Direito à desistência: A participação neste estudo é completamente voluntária. A todos/as os/as participantes assiste o direito de abandonar ou desistir, a qualquer momento, da participação neste projeto de investigação, sem qualquer prejuízo para quem assim o decida.

Direito à oposição: A qualquer momento, os/as participantes poderão exercer o direito à oposição (i.e., revogar o consentimento dado para a recolha e a utilização dos dados) e/ou solicitar a sua destruição.

Outros direitos: Após a conclusão do projeto, e a pedido dos/as participantes, poderá ser facultada uma cópia das conclusões principais do estudo.

Agradeço antecipadamente a leitura deste documento e, caso decida participar, a sua contribuição para a melhoria do nosso conhecimento acerca da temática em estudo.

Assinatura/s:

Assinatura Investigador

-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pelas pessoas que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências, bem como de revogar este consentimento e solicitar a destruição dos dados recolhidos. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins de investigação e nas garantias de confidencialidade que me são dadas pelo/a investigador/a. Foi-me entregue uma cópia assinada deste formulário de consentimento.

Nome:

Assinatura:

Data: /..... /.....

**ESTE DOCUMENTO E COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

Anexo 2 - Guião de entrevista semiestruturado

Guião de entrevista semiestruturada

Perceção de médicos e enfermeiros acerca do consumo não-problemático de substâncias psicoativas

Dados Sociodemográficos:

Sexo: M / F

Idade:

Profissão: Médico / Enfermeiro

Especialidade:

Tempo de atividade:

Contacto:

Perceções acerca do consumo e de padrões de consumo

1. O que pensa acerca do consumo de substâncias atualmente? (Tipo de substâncias / modos de ingestão / contextos / circunstâncias / motivos / regularidade e frequência / consequências a nível da saúde mental / física, laborais, relacionais ...)
2. Acredita na existência de diferentes padrões de consumo? Quais? Porquê?
3. Como definiria consumidor “problemático”? Características destes consumidores e destes consumos?
4. Acredita na existência de um padrão de consumo “não-problemático”? Porquê? Como definiria estes consumidores e estes consumos?
5. Que características considera indispensáveis para distinguir entre consumo “problemático” e consumo “não-problemático”?

Perceções sobre a prática (própria/outros profissionais) de profissionais de saúde perante casos de consumos

1. Na prática da sua atividade profissional, já se deparou com um consumidor? De que tipo? Com que regularidade tem contacto com este tipo de pacientes? Problemáticas concretas apresentadas? ...
2. No caso de já se ter deparado com situações de consumos problemáticos/ consumos não-problemáticos como procedeu? De igual forma? Adaptou a intervenção em função da especificidade (que adaptações e porquê ...)? ...
3. Considera importante existir uma distinção entre “consumo problemático” e “consumo não-problemático” para a prática da sua profissão?
4. Concorda com a seguinte definição de consumo “não-problemático”? Porquê?

Qualquer sujeito com uma utilização de drogas ilícitas que não prejudica de forma significativa o seu ajustamento nas diversas áreas de vida (e.g., pessoal, saúde, familiar, profissional, lazer, social [incluindo problemas com o sistema de justiça]) e que não é percecionada pelos outros como desviante.