

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Janelas Profissionais com Vista para a Adição – O Problema, o Tratamento, a
Recuperação e o *Stress* Vivenciado pelos Técnicos**

Sara Ladeira Nunes

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica
2020/2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Janelas Profissionais com Vista para a Adição – O Problema, o Tratamento, a
Recuperação e o *Stress* Vivenciado pelos Técnicos**

Sara Ladeira Nunes

Dissertação orientada pela Professora Doutora Isabel de Santa Bárbara Narciso

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicologia Clínica Sistémica

2020/2021

Agradecimentos

À professora Isabel, orientadora desta dissertação, pela sua dedicação durante todo este processo. Agradeço a compreensão ao longo da realização desta dissertação.

Agradeço a colaboração da associação IntNSA e de todos os participantes, em especial à Enfermeira Ana Sequeira e à Dra. Paula Gusmão, por toda a ajuda na divulgação da investigação.

À minha família, por me apoiarem nesta etapa. Agradeço aos meus pais por me incentivarem ao longo destes anos a dar o meu melhor e por terem investido em mim. Obrigada às minhas irmãs por serem as minhas companheiras na vida e por verem sempre o melhor de mim, mesmo quando eu não o vejo. À minha tia, por me apoiar até aqui. Obrigada por acreditarem em mim.

Às minhas madeirenses favoritas e à Carlinha, sem vocês não teria chegado até aqui. Não foi fácil, mas convosco arranjei a motivação para persistir e continuar. Obrigada por todas as conversas, por todas as horas de stress com trabalhos, pelas horas de almoço e, especialmente, por estas amizades que levo para a vida.

À Inês, a minha *soulmate* e minha companheira de mestrado. Obrigada por tudo, sem ti não teria chegado até aqui. Obrigada por me apoiares nas alturas mais difíceis e por acreditares sempre em mim.

À Catarina, para sempre a minha madrinha de faculdade. Obrigada por todos os momentos que passámos juntas. Obrigada por apoiares a minha mudança de curso e por nunca desistires da nossa amizade.

Finalmente, à minha pessoa favorita, a minha avó. Obrigada por todos os momentos de carinho, por todos os conselhos, por todas as conversas motivadoras e por me ouvires sempre com atenção (mesmo quando não sabes do que estou a falar). Sou quem sou por tua causa e irei levar-te comigo para sempre. Obrigada por me tornares a pessoa que sou hoje e por estares sempre aqui para mim. És o meu anjo da guarda e a minha maior motivação. Obrigada.

Resumo

O presente estudo, focado na prestação de cuidados de saúde em adição, pretendeu explorar e compreender, significações e experiência de técnicos sobre o conceito de adição, tratamento e recuperação, bem como o stress vivenciado e as estratégias de *coping* adaptativas utilizadas. O estudo foi realizado através de entrevistas semiestruturadas a dezoito técnicos prestadores de cuidados na área das adições: nove enfermeiros, seis psicólogos, uma psiquiatra, uma assistente social e uma técnica psicossocial. Tendo por base uma metodologia qualitativa, foi efetuada uma análise temática com recurso ao *software* NVivo. Verificou-se um consenso geral relativo à conceptualização de adição: enquanto doença, embora sublinhando a responsabilização do indivíduo pelo tratamento e a importância da sua motivação intrínseca para o sucesso da intervenção; e como um problema severo de saúde mental com impacto físico. Os resultados evidenciaram também o processo multideterminado da adição bem como a multiplicidade de efeitos e consequências que implicam sofrimento e destruição. No que se refere ao tratamento, emergiram alguns princípios considerados essenciais para uma trajetória de recuperação: singularidade na intervenção, respeito pelas necessidades e escolhas dos utentes, contextualização do problema e da pessoa, envolvimento da família e das redes, contexto colaborativo, e intervenção multidisciplinar. Relativamente ao stress profissional, os resultados evidenciaram diversos fatores de stress provenientes do indivíduo adicto e dos serviços, bem como as principais estratégias de *coping* utilizadas em contexto laboral e na vida pessoal. Apesar do stress profissional vivenciado, as narrativas dos participantes indicaram transformação positiva do self, o que sugere trajetórias profissionais resilientes.

Palavras-chave: Prestação de cuidados técnicos; Comportamentos aditivos; Significações; Vivências.

Abstract

This study, focused on healthcare taking in the area of addictions, aimed to explore and understand healthcare professionals' meanings and experience on addiction concept, treatment and recovering as well as the stress experienced and their adaptive coping strategies. The study was carried out through semi-structured interviews to eighteen healthcare professionals in the area of addictions: nine nurses, six psychologists, a psychiatrist, a social worker and a psychosocial technician. Based on a qualitative methodology, a thematic analysis was carried out using the NVivo software. There was a global consensus regarding addiction conceptualization: as disease notwithstanding the emphasis on individual's responsibility for their treatment and on the relevant role of intrinsic motivation for intervention success; as a severe problem of mental health with physical impact. The results have also pointed to addiction as a multi-determined process as well as to the multiplicity of effects and consequences implying suffering and destruction. As regards treatment, the analysis revealed main guide-assumptions to further a recovering trajectory: singularized interventions, respect for individuals' needs and choices, contextualizing the problem and the person, family and network involvement, collaborative context, and multidisciplinary intervention. Regarding professional stress, the results showed several stress factors arising from the addicted and from the healthcare services, as well as the main adaptive coping strategies used in the work context and in personal life. Despite the professional stress experienced, the participants' narratives indicated positive transformations of the self, which suggests resilient professional trajectories.

Key words: Provision of specialized care; Addictive behaviors; Meanings; Experiences.

Índice

Introdução.....	1
Comportamentos Aditivos e Dependências - a Diversidade de Conceptualizações e Teorias	2
Teorias Individuais.....	2
Teorias Grupo-População.....	4
Fases de Desenvolvimento do Comportamento Aditivo.....	4
Fatores de Risco para a Adição	5
Impacto Individual e Familiar dos Comportamentos Aditivos.....	6
A Intervenção Clínica em Comportamentos Aditivos	9
Profissionais de Saúde Prestadores de Cuidados em Comportamentos Aditivos.....	12
O Presente Estudo	15
Método.....	16
Desenho do Estudo	16
Procedimento de Recolha de Dados	16
Caracterização da Amostra	17
Instrumentos.....	18
Questionário Sociodemográfico	18
Entrevista Semiestruturada.....	18
Análise dos Dados	19
Resultados.....	20
1 Sobre o Problema – Dependência, Destruição e Sofrimento.....	20
1.1 Contorno Conceptual de Adição - Doença, Problema(s) de Saúde Mental e Dependência	20
1.2 O Desenvolvimento da Adição	22
1.3 A Natureza da Adição	23
2 Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança.....	28
2.1 Tratamento e Recuperação	28
3 Sobre Stress e Coping Profissional – (Des)Equilíbrios	36
3.1 Desequilíbrios.....	36
3.2. Equilíbrios	40
3.3 Desistir ou Persistir?.....	43
4 Sobre Sinais de Resiliência – Metamorfoses	43
Discussão.....	44
Sobre o problema – Destruição e Sofrimento	45
Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança.....	48

Sobre <i>Stress</i> e <i>Coping</i> Profissional – (Des)Equilíbrios	50
Sobre Sinais de Resiliência – Metamorfoses	52
Limites e Forças do Estudo.....	52
Estudos futuros	53
Referências	54

Índice de Figuras

Figura 1. Mapa Conceptual.....	24
--------------------------------	----

Introdução

A origem latina da palavra inglesa *addiction* remete para as ideias de *ceder, forte devoção* ou *envolvimento num comportamento habitual com implicações positivas ou negativas* (Nutt & Nestor, 2018). Apesar da evolução relativa ao significado de adição, na sua aceção patológica, é visível alguma continuidade da significação original, na medida em que é uma perturbação marcada por dependência e perda de controlo.

O comportamento aditivo¹ pode ser entendido como uma patologia multidimensional (biológica, psicológica e sociológica) (Shafiee et al., 2019) que pode envolver consumo abusivo e impulsivo de substâncias (e.g., álcool; cafeína; cannabis; alucinogénos; opioides; sedativos, ansiolíticos, estimulantes; tabaco) com ou sem co-ocorrência mas também outro tipo de dependências como, por exemplo, a dependência do jogo. Embora não incluídos como comportamentos aditivos pelo DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), vários outros comportamentos são considerados aditivos pelo ICD 11 (World Health Organization's International Classification of Diseases) - e.g., comportamento sexual compulsivo, compras compulsivas, piromania, uso da Internet -, uma vez que são perturbações do comportamento impulsivo, ou seja, que refletem a incapacidade para resistir a um impulso para agir de um modo que é recompensador a curto prazo mas nocivo ao próprio e/ou a outros a longo prazo (Grant & Chamberlain, 2016).

A conceptualização de adição enquanto doença está fortemente enraizada ao nível dos técnicos de saúde embora, simultaneamente se assista a uma aceitação cada vez mais ampla de um discurso e práticas focadas na redução de danos que, ao contrário de uma perspetiva enquanto “doença”, reforça a auto-agência e responsabilização do indivíduo (Szott, 2015). De acordo com alguns autores, a adição pode ser conceptualizada como uma condição concomitante a uma doença do foro psiquiátrico (Agbokah et al., 2021), ou constituir um ponto de origem para o desenvolvimento de uma doença psiquiátrica (Aas et al., 2021).

A literatura empírica sobre perceções e vivências de técnicos de saúde física e mental relativamente a comportamentos aditivos, nomeadamente, sobre significações, compreensão do fenómeno e impacto nos cuidadores técnico, é consideravelmente

¹ A presente dissertação incide particularmente em comportamentos aditivos associados ao consumo de substâncias (incluindo álcool).

escassa, muito embora a visão dos prestadores técnicos de cuidados tenha uma forte influência no tratamento da adição (Barnett et al., 2020). Assim, o presente estudo pretende explorar o modo como os comportamentos aditivos – particularmente, associados ao consumo de drogas e de álcool - de utentes são entendidos e vivenciados por técnicos cuidadores de diferentes áreas de formação

Comportamentos Aditivos e Dependências - a Diversidade de Conceptualizações e Teorias

A adição é considerada um fenómeno multidimensional: biológico, psicológico e sociológico. As teorias da adição têm-se focado predominantemente no papel que cada um desses fatores, ou as suas combinações, assume no desenvolvimento da adição no indivíduo, quer relativamente às suas características, quer em relação a processos contextuais influentes. Neste sentido, constata-se a dominância de teorias focadas no indivíduo, revelando um menor foco científico na compreensão macrossistémica de condições económicas e sociais que favorecem a adição comunitária. Pelo contrário, as teorias macrossistémicas focadas no grupo/população consideram não apenas os efeitos de grupo no fenómeno da adição, mas também o facto de cada indivíduo pertencer a um determinado grupo da população (Shafiee et al., 2019). Alguns autores (e.g., Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015) apresentam uma classificação das teorias da adição em dois grandes grupos – focadas no nível indivíduo (teorias de processamento automático; teorias de escolha refletida; teorias orientadas por objetivos; teorias integrativas, teorias biológicas; teorias do processo de mudança) e focadas no nível grupo-população (e.g., teorias da rede social; modelos económicos; teorias da comunicação/*marketing*).

Teorias Individuais

As teorias de processamento automático assumem que os comportamentos ocorrem espontaneamente sem a consciência de processos decisoriais ou intencionais e da capacidade de auto-regulação (Cox et al., 2017; Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015;). Incluem-se, neste quadro teórico, as perspetivas da aprendizagem que assumem que a adição envolve a associação de estímulos, respostas e reforços; as teorias do impulso que enfatizam o poder dos mecanismos homeostáticos enquanto fonte motivacional na adição; as teorias da inibição disfuncional que explicam a adição pela disfuncionalidade dos mecanismos que controlam os impulsos; e a perspetiva que considera a influência de processos de imitação na adição. De acordo com estas teorias, a intervenção deve focar-se no reforço do controlo e evitamento de situações ou estímulos que potenciem os

comportamentos aditivos. A intervenção farmacológica pode constituir um apoio ao processo de mudança (Simon & West, 2015).

As teorias da escolha refletida defendem que as pessoas com problemas de adição, analisando custos e benefícios, escolhem, em consciência, desenvolver este tipo de comportamento. Tal indica, assim, que há uma sobrevalorização dos efeitos positivos comparativamente com os efeitos negativos. Neste sentido, a intervenção deve ser direcionada para a alteração da percepção custos/benefícios, sublinhando os efeitos negativos dos comportamentos aditivos e os benefícios da não adição (Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015).

As teorias da orientação por objetivos, tal como a designação sugere, explicam a adição pelos objetivos que permite concretizar: o prazer e satisfação decorrentes dos comportamentos aditivos (teorias da recompensa); os efeitos fisiológicos dos produtos aditivos, os quais levam à repetição da sua utilização até se tornar uma habituação (teorias das necessidades adquiridas); a satisfação de necessidades pré-existentes decorrentes de vulnerabilidades ou situações traumáticas que potenciam o comportamento aditivo (teorias das necessidades pré-existentes); a satisfação de necessidades identitárias, designadamente quando há questões anti-sociais ou associadas à auto-destruição (teorias da identidade). Assim, em coerência com este quadro teórico, a intervenção deverá considerar a redução da orientação para estes objetivos, recorrendo à medicação ou desenvolvendo fontes alternativas de prazer e realização (Cox et al., 2017; Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015).

As teorias integrativas (e.g., teorias da auto-regulação) consideram o papel interativo de fatores intra-individuais e contextuais na procura da realização do prazer ou evitamento do desconforto, através de processos conscientes ou automáticos. Em coerência, a intervenção preconizada por este quadro teórico é também mais abrangente, inclusiva e integrativa de diferentes modelos (Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015).

As teorias biológicas defendem que a adição é uma doença neurológica que envolve a influência do consumo de substâncias e os seus efeitos fisiológicos, fatores contextuais e fatores genéticos (Barnett et al., 2020; Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015).

As teorias do processo de mudança centram-se sobretudo na compreensão e otimização do processo de mudança e recuperação enquanto as demais teorias se focam

na explicação do desenvolvimento da adição. As recaídas são entendidas como fases no processo de mudança, podendo, por isso, ocorrer várias vezes. Neste sentido, as intervenções deverão ser desenhadas atendendo à singularidade de cada indivíduo e à fase de mudança em que se situa (Shafiee et al., 2019; Simon & West, 2015).

Teorias Grupo-População

As teorias da rede social focam-se particularmente na compreensão de processos de grupo, como, por exemplo, a formação de grupos sociais em função da sua posição face aos comportamentos aditivos, e o papel do grupo e das suas normas nas escolhas individuais associadas à adição. Assim, a intervenção deve incidir nas relações com a rede social ou na informação e ação sobre a própria rede (Simon & West, 2015).

Os modelos económicos defendem que a adição pode ser favorecida ou contida através de decisões político-económicas, nomeadamente, custos financeiros (e.g., preço do álcool) e restrições legais (Simon & West, 2015).

Os modelos de comunicação/marketing sublinham o poder da persuasão através da comunicação e ações de *marketing* no desenvolvimento de comportamentos aditivos, embora tal não seja mais visível em relação ao álcool e jogo e não tanto em relação ao consumo de substâncias ilícitas (Simon & West, 2015).

Fases de Desenvolvimento do Comportamento Aditivo

As dependências não se desenvolvem imediatamente. Há um processo associado ao desenvolvimento de um comportamento aditivo que progride de uma fase inicial de uso ou consumo experimental de um produto ou substância para a repetição do comportamento até um estágio de habituação e consumo continuado severo (George & Koob, 2017; Nutt & Nestor, 2018). Assim, apesar de o consumo inicial de substâncias ser, frequentemente, guiado por objetivos pontuais (e.g. pertença ao grupo, procura de prazer, experimentação), a repetição e exposição continuada aos efeitos da substância resultam numa progressiva perda de controlo (Hogarth et al., 2012). Associados à perda de controlo e consequente progressão da dependência encontram-se a habituação orgânica, a síndrome de abstinência e o desejo exacerbado² de consumir fortemente associado aos efeitos positivos da substância (Koob & Volkow, 2010) que constituem os principais marcadores psicológicos da dependência. A habituação orgânica implica que a

² Designação em inglês: *craving*.

substância seja consumida em maior quantidade para o indivíduo atingir os efeitos pretendidos (Koob & Volkow, 2010; Elvig et al., 2021) e a síndrome de abstinência refere-se ao desconforto físico e psicológico intenso sentido pelo indivíduo após o término abrupto do seu consumo (DiFranza, 2016). O desejo exacerbado consiste num desejo intenso de consumir a substância ou realizar o comportamento, mesmo após a sobriedade (Sinha, 2013). A dependência surge como resultado do consumo repetido de determinada substância e do seu respetivo efeito, o qual se torna central na vida do indivíduo, surgindo uma preocupação extrema acerca da capacidade de garantir consumos futuros (Ferguson et al., 2018).

Fatores de Risco para a Adição

As várias teorias mencionadas previamente (e.g. teorias da orientação por objetivos; teorias integrativas) apontam causas individuais e micro e macro contextuais como a base para o surgimento e desenvolvimento da adição. No que se refere a fatores que contribuem para o desenvolvimento da adição, vários autores defendem que consumo de álcool e tabaco é, frequentemente, uma porta de entrada para o abuso de substâncias (Kandel & Kandel, 2015; Kurti et al., 2016).

No que concerne a fatores individuais, a literatura empírica refere como importantes fatores de risco características biológicas, associadas a uma propensão genética para o envolvimento em comportamentos aditivos (Bettinardi-Angres & Angres, 2010) ou a aspetos neurológicos relacionados com os efeitos das substâncias na química cerebral (Meil et al., 2012), bem como algumas características da personalidade (e.g. propensão para impulsividade; curiosidade e procura de novidade; baixa autoestima) (Agberotimi et al, 2020; Hicks et al., 2014; Minhas et al., 2021; Roy, 2018). Perturbações do humor (e.g. perturbação bipolar, depressão), de ansiedade (e.g. perturbação de pânico, fobias) e de personalidade (e.g. personalidade antissocial) foram também mencionadas como possíveis fatores predisponentes (Hicks et al., 2014; Swendsen et al, 2010), sendo dado um particular destaque à ansiedade (McMullin et al., 2020; Roy, 2018). Outro fator apontado como contribuindo para o desenvolvimento e manutenção da adição (e frequentemente associado à ansiedade), relaciona-se com a adoção de comportamentos aditivo como estratégia de *coping* (inadaptativa) face a circunstâncias de vida percecionadas como adversas (Hassanbeigi et al., 2013).

No âmbito dos fatores de risco contextuais, os contextos mais mencionados na literatura são a família e a rede de pares (Rahim et al., 2020). Em termos de fatores de

risco familiares, têm merecido um particular destaque o historial familiar de consumos (e.g., Hägele et al., 2014), o ambiente familiar desestruturado (e.g., Roy, 2018; Sharma & Sharma, 2017) com uma prevalência de distanciamento emocional e comunicação pobre (e.g., Galan, 2017; Mathew et al., 2018; Ranjbaran et al., 2018) e a exposição precoce ao *stress* aliada a fatores genéticos predisponentes para o instalar de uma adição (e.g., McMullin et al., 2020; Zimić & Jukić, 2012). Deve salientar-se também que vários estudos demonstram o papel da família enquanto fator protetor (e.g., Jan et al., 2016; You et al., 2020), em particular, o ambiente familiar estruturado, com um controlo moderado e uma boa comunicação e relação entre os membros, o que é ainda mais notório quando o contexto escolar é propenso ao envolvimento em comportamentos de risco (Rahim et al., 2020; Sharma & Sharma, 2017).

Relativamente aos fatores de risco na rede de pares, vários autores sublinham a relevância do consumo no grupo de amigos (que contribui para uma maior exposição e, posteriormente, consumo repetido) aliado à pressão de grupo e ao desejo de pertença (Hägele et al., 2014; Hicks et al., 2014; Roy, 2018). Outros fatores de risco contextuais relacionam-se com o contexto de crescimento, especificamente, com os comportamentos de consumos existentes na comunidade. A exposição a este tipo de comportamentos, tal como a exposição a consumos pelos familiares, pode influenciar a predisposição do indivíduo para a experimentação e, posteriormente, dependência (Swendsen et al., 2009).

Impacto Individual e Familiar dos Comportamentos Aditivos

O consumo de substâncias tem um impacto diversificado, direto e indireto, a curto e longo-prazo, não só no consumidor, mas também nas pessoas à sua volta. O consumo crónico pode causar mudanças a curto e longo-prazo no cérebro, mudanças essas que podem levar ao surgimento de patologias psiquiátricas (e.g., depressão, ansiedade, alucinações) (NIDA, 2020). Num estudo realizado por Rahmati et al. (2019) com o objetivo de analisar as consequências da dependência na vida das pessoas com esta problemática durante a recuperação, verificou-se um multi-impacto, abrangendo diferentes dimensões e níveis sistémicos: diminuição de auto-respeito, dignidade, auto-confiança, perda de apoio de familiares e amigos, instabilidade e prejuízo da vida familiar, desemprego e aumento das dificuldades financeiras.

A nível das consequências em termos da saúde física e mental, estas surgem com a coocorrência de diversas patologias, inicialmente menos severas e, posteriormente, com impacto a nível mais sistémico/global, afetando mais sistemas e tendo mais

consequências em todos os sistemas (Galan, 2017). Para além deste impacto que se vai tornando global, parece essencial enfatizar o agravamento/deterioração da saúde mental, inicialmente com o surgimento de sintomas ligados à ansiedade e depressão e, posteriormente, podendo haver o desenvolvimento de patologias psiquiátricas ou um agravamento das condições previamente mencionadas, que pode culminar no aumento do risco de suicídio (Darvishi et al., 2015; Rizk et al., 2021).

A adição tem um impacto particularmente negativo nos familiares que testemunham o desenvolvimento e agravamento da sua condição e que apoiam na recuperação (Kourgiantakis et al., 2021; OMS, 2020). A existência de um familiar com uma dependência afeta o sistema familiar a vários níveis (Sarfaraz, 2012; Shamsaei et al., 2019) nomeadamente, psicológico (e.g., insegurança, tristeza, vergonha que influenciam e prejudicam a relação entre os membros da família), social (e.g., isolamento e diminuição das interações com outros familiares e com outros sistemas) e financeiro (e.g., dificuldades económicas, que culminam na necessidade de pedir um empréstimo e, eventualmente, na incapacidade de garantir a subsistência) (McCann et al., 2019; Navabi et al., 2017).

Os efeitos mais reportados pelos familiares de um indivíduo com dependência são a preocupação excessiva com o familiar dependente e com as consequências que a adição terá na sua saúde e na sua vida, mas também com o efeito que terá no funcionamento familiar e na relação entre os membros da família (McCann et al., 2019). Vários autores sublinham o impacto na saúde mental e física dos familiares como o desenvolvimento de patologias psicológicas como depressão ou ansiedade e a somatização das mesmas (Navabi et al., 2017). Este impacto advém da influência negativa que a adição tem no sujeito que sofre da mesma e, conseqüentemente, dos efeitos negativos dessa influência na forma como o sujeito se comporta e relaciona com os outros, o que leva ao surgimento de situações de tensão familiar que podem escalar para violência (McCann et al., 2019; Orford et al., 2013). As necessidades individuais de cada membro da família deixam de ser uma prioridade em detrimento das necessidades do familiar com dependência (Shamsaei et al., 2019). Estudos empíricos têm demonstrado também impacto nocivo em crianças com um familiar próximo com dependência (e.g. ansiedade, insegurança, medo extremo) (Olafsdóttir et al., 2020). A adição tem, pois, um impacto muito relevante no bem-estar dos familiares, podendo mesmo comprometer o seu papel na recuperação do familiar com dependência, visto que este papel depende também do nível de resiliência

disponível e que vai diminuindo com o progredir da adição e das alterações sofridas pelo indivíduo dependente, as quais também influenciam negativamente os membros da sua família. (Copello et al., 2009; McCann et al., 2019).

De igual modo, as relações familiares são fortemente impactadas. O facto de um dos elementos da família ser dependente prejudica a comunicação entre os membros da família, levando ao aumento das situações de tensão que podem culminar em episódios de violência (Orford et al., 2013). Esta diminuição da qualidade da comunicação aliada ao aumento das situações de tensão experienciadas promove um funcionamento familiar disfuncional, que gira em torno da dependência (Jan et al., 2016). Existem diversos aspetos que afetam a pessoa com dependência e, conseqüente, a sua relação com a sua família, nomeadamente, o estigma associado a esta problemática e os sintomas psicológicos e físicos experienciados (e.g. com a síndrome de abstinência). (Pokrajac et al., 2016). Neste sentido, a inter-relação existente entre o consumo de substâncias e o funcionamento familiar enfatiza a importância de incluir os sistemas familiares no tratamento das dependências para garantir que este tem uma maior eficácia (Klostermann & O'Farrell, 2013; Kourgiantakis et al., 2021).

O comportamento aditivo não só tem um impacto negativo a nível social, nomeadamente, em termos das relações de proximidade, levando a uma deterioração da qualidade das mesmas, como já explicitado previamente, como também a nível socioeconómico, visto haver uma diminuição das competências profissionais (tanto a nível de desempenho como a nível de responsabilidade), o que resulta num pior desempenho que pode levar ao desemprego e, conseqüentemente, ao aumento das dificuldades financeiras (Haruna et al., 2018; Kanmodi et al., 2020). Outra consequência a nível social, muito influente na vida de um indivíduo com dependência tem a ver com a criminalidade muitas vezes associada a este tipo de comportamento (Vaughn et al., 2016). O elevado nível de criminalidade associado às dependências aliado a uma propensão para o envolvimento em comportamentos desviantes pode relacionar-se com perturbações da personalidade, mais especificamente, perturbação antissocial da personalidade (Mueser et al., 2006). Indivíduos com este duplo diagnóstico têm uma maior probabilidade de se envolverem em crimes violentos (Kofler-Westergren et al., 2010). Este fator da criminalidade aliado a problemas de saúde físicos e psicológicos coexistentes contribui para a estigmatização de pessoa com adição e, conseqüentemente, para uma maior dificuldade em termos de empregabilidade (Walton & Hall, 2016). As

consequências nocivas da adição para o próprio indivíduo, mas também para o seu sistema ecológico (OMS, 2020), remetem para a premência e relevância da intervenção preventiva e terapêutica (Anyimukwu & Omondi, 2020).

A Intervenção Clínica em Comportamentos Aditivos

Existem vários tipos de serviços de prestação técnica de cuidados em adição. No âmbito da prevenção, um dos serviços de base num sistema de tratamento de dependências consiste na realização de atividades informativas e de sensibilização/consciençialização na comunidade de forma a providenciar informação sobre o que são adições e quais os sinais de alarme e também motivar os indivíduos que sofrem de dependências a tomar consciência de que têm um problema e a procurar ajuda (Azami et al., 2020). A implementação destas atividades por técnicos que conhecem a comunidade é mais eficaz, uma vez que contribui para a construção de relações colaborativas e para o aumento da motivação para o tratamento, facilitando também o acesso a serviços de saúde e sociais e a tratamentos especializados para dependências. (Azami et al., 2020; OMS, 2020).

Igualmente importantes são serviços de rastreio, identificação, prevenção e tratamento de dependências, prestados por instituições não especializadas (e.g., serviços de saúde como cuidados primários, hospitais, serviços sociais) (OMS, 2020). O trabalho desempenhado pelas equipas de rua tem como principal objetivo diminuir significativamente os riscos de consumo, havendo a distribuição de material esterilizado (Damari et al., 2021). O tratamento especializado institucional a curto-prazo envolve dois tipos de serviços: a prestação de cuidados associados à fase aguda de uma dependência (que ocorrem nas horas logo após um consumo excessivo e que envolve a fase inicial da síndrome de abstinência, que implica que tratamento medicamentoso de forma a aliviar os sintomas físicos e psicológicos experienciados (e.g. espasmos musculares, ansiedade extrema) (Banta-Green et al., 2019) e os internamentos de curta-duração que ocorrem nos dias e semanas após a cessação dos consumos (que duram geralmente 1 mês) e nos quais o tratamento inicial incide sobre os sintomas de abstinência e, posteriormente, são realizadas atividades de sensibilização, psicoeducação e acompanhamento terapêutico, que irão ser descritas de seguida. (Bahr et al., 2013; OMS, 2020). Importa ainda salientar o serviço de tratamento especializado residencial, também denominadas de comunidades terapêuticas, no qual os indivíduos habitam numa residência partilhada com outros utentes durante um período de tempo mais longo (geralmente, entre 1 ano a 1 ano e meio).

Estes serviços constituem uma ferramenta eficaz para retirar os utentes de ambientes sociais que contribuem para consumos excessivos (Malivert et al., 2012; OMS, 2020).

No âmbito dos vários serviços referidos, são várias as possibilidades de intervenção. As intervenções psicossociais têm como objetivo ajudar os utentes a lidar com os aspetos emocionais e a manterem-se abstinentes através do controlo da vontade de consumir (Dugosh et al., 2016). As intervenções psicossociais englobam diversas modalidades de intervenção (Anyimukwu & Omondí, 2020) tais como: *entrevista motivacional* realizada através de sessões curtas e que pretende aumentar a motivação do indivíduo para a mudança de comportamento, sendo particularmente eficaz na diminuição do consumo de álcool e abuso de substâncias (Froiland, 2020; Pederson et al., 2021); *psicoeducação*, baseada na transmissão de informação sobre a doença, as suas consequências e o seu tratamento e integrando também aspetos motivacionais de forma a aumentar a autoeficácia do indivíduo e, conseqüentemente, a eficácia do tratamento (Ekhtiari et al., 2017; Kamarudin et al., 2020); *terapia cognitivo-comportamental*, que pode utilizar estratégias cognitivo-comportamentais em conjunto com técnicas de *mindfulness* e aceitação para regular as emoções do indivíduo, contribuindo para a diminuição dos consumos e prevenindo as recaídas (Balandeh et al., 2021; OMS, 2020); *intervenção em grupo*, que permite a participação em atividades de grupo nas quais há partilha de experiências, podendo não só aumentar os sentimentos de pertença e compreensão como também fomentar o estabelecimento de relações com indivíduos com problemáticas semelhantes (OMS, 2020). Este tipo de intervenção é muito eficaz na prevenção de recaídas a longo prazo (Gamble & O'lawrence, 2016); *intervenções orientadas para a família*, que reconhecem a importância dos sistemas e relações familiares no comportamento aditivo. Estas intervenções são eficazes no aumento da adesão ao tratamento, na redução do consumo de substância e no aumento da participação do doente nos tratamentos (OMS, 2020). Estas intervenções podem surgir em diversos formatos, sendo os mais utilizados as intervenções com casais, intervenções com familiares e com o indivíduo dependente e intervenções focadas apenas na família (Kourgiantakis et al., 2021). As intervenções com casais pretendem auxiliar o indivíduo com dependência e o seu parceiro a melhorar a relação com a família de forma a esta ser um apoio na recuperação (O'Farrell et al., 2017). Estas intervenções contribuem substancialmente para a diminuição das sequelas psicológicas da dependência e para a manutenção da abstinência após tratamento (Schumm et al., 2019). As intervenções com familiares e com

o indivíduo dependente focam-se, principalmente, na melhoria do funcionamento familiar (Li et al., 2014) e no fortalecimento das relações através da melhoria da comunicação e da resolução de conflitos visto que o envolvimento familiar contribuir para a eficácia do tratamento e conseqüentemente para a recuperação do indivíduo (Kourgiantakis et al., 2018). As intervenções focadas na família têm em conta o impacto da adição nas famílias e defendem o papel essencial das famílias no tratamento e recuperação do indivíduo com dependência (Kourgiantakis et al., 2021). Estas intervenções apresentam duas vertentes principais: o apoio terapêutico (e.g. partilha dos problemas vivenciados, procura de ajuda na resolução de conflitos e problemas e estratégias de *coping*) (Wilson et al., 2017) e a psicoeducação que tem como objetivo a transmissão de informação e dar estratégias aos familiares para que estes possam dar apoio ao indivíduo durante o tratamento e recuperação (Lucksted et al., 2012). O modelo *Stress-Strain-Coping-Support* (SSCS) pode ser particularmente útil para lidar com a problemática da dependência nas famílias (Kourgiantakis et al., 2021). Este modelo assume que o *stress* experienciado pelos familiares de um indivíduo com dependência pode levar ao surgimento de vários sintomas físicos e psicológicos e enfatiza a importância de lidar com os mecanismos psicológicos dos membros da família afetados (Horváth & Urbán, 2019); *intervenções farmacológicas* complementar que é essencial no tratamento das dependências associadas ao consumo de substâncias. Uma das intervenções farmacológicas mais utilizada é a terapia com metadona, que é eficaz na diminuição dos sintomas associados à síndrome de abstinência da heroína. (Lee et al., 2015). Relativamente à dependência de álcool, existem alguns aspetos em conta relativamente ao recurso a uma intervenção farmacológica, nomeadamente a severidade de patologias concomitantes, a sua tolerância face a medicação e a probabilidade de recaída (Lee et al., 2015).

A diversidade de possibilidades de intervenção remete para a importância e necessidade de uma intervenção multidisciplinar neste tipo de serviços, com profissionais de diversas áreas que possam atuar concertadamente no sentido de possibilitar uma avaliação e tratamento ajustado, diferenciado e completo aos utentes (Goodman et al., 2015)

A literatura científica sublinha a influência de vários fatores na qualidade e eficácia do tratamento. Os fatores diretamente relacionados com o tratamento são os que mais influenciam, positivamente, a eficácia do tratamento (Brorson et al., 2013). Aspetos como a qualidade da relação terapêutica e a qualidade da intervenção contribuem positivamente

para que o tratamento seja bem-sucedido. Outros fatores importantes para a eficácia do tratamento são os fatores relacionados com os utentes, mais especificamente, relacionados com a sua motivação para a recuperação e a sua capacidade de reflexividade e auto-agência (Brorson et al., 2013; Gray, 2014). Um importante fator a ter em conta no que concerne à melhoria da qualidade do tratamento relaciona-se com a adaptação da intervenção aos utentes, no sentido de aumentar a sua identificação com o tratamento e, conseqüentemente, a sua motivação para o mesmo (Baumann et al., 2015). Alguns fatores de risco contribuem particularmente para a recaída após o tratamento ou recuperação, nomeadamente, um historial de vários internamentos e tratamentos, existência de perturbações emocionais ou pertença a uma família desestruturada (You et al., 2020; Wang et al., 2021).

Profissionais de Saúde Prestadores de Cuidados em Comportamentos Aditivos

O trabalho dos profissionais que prestam cuidados em comportamentos aditivos é um fator essencial no processo de tratamento e recuperação da adição (van Boekel, 2014), sendo marcado por fortes desafios e exigências que implicam um elevado nível de *stress* (Łuczak, 2020).

Nos serviços de internamento agudo e nos serviços de internamento de curta duração, o *stress* sofrido pelos técnicos é particularmente elevado, estando muitas vezes associado à postura de desconfiança e de manipulação e a reações adversas dos indivíduos (e.g., agressividade, violência, surtos psicóticos) (Chen et al., 2018; Wedin et al., 2020). Por exemplo, em situações de *overdose* com anfetaminas, é frequente os utentes exibirem sintomas de delírios persecutórios acompanhados de alucinações visuais e auditivas, hostilidade e agressividade, depressão e desorganização geral (Voce et al., 2019). Nas situações de comorbilidade, para além dos sintomas provocados pelo consumo de substâncias, as doenças psiquiátricas concomitantes à adição podem intensificar a sintomatologia (Kingston et al., 2017).

A empatia e respeito, por parte dos técnicos, são fundamentais na gestão destes comportamentos dos utentes (Wedin et al., 2020). Contudo, o *stress* acumulado pode alterar significativamente a conduta dos técnicos, podendo gerar autoritarismo e agressividade, e culminar numa crescente vontade de abandonar a área (Laeque et al., 2018). Uma mudança na formação específica para esta área e a transmissão de informação mais detalhada acerca desta problemática pode levar a mudanças importantes no que toca ao estigma face a esta problemática e, conseqüentemente, a melhorias na atitude dos

técnicos e na sua forma de lidar com situações mais complexas (Crapanzo et al., 2014; Wedin et al., 2020). O aumento do conhecimento técnico (e.g., dependências e efeitos, estratégias e intervenções) contribui para que os profissionais não só lidem melhor e mais calmamente com situações mais difíceis como também lhes dá ferramentas para controlar a escalada do conflito e, conseqüentemente, diminui a severidade da situação e o seu impacto no profissional (van Boekel et al., 2014).

Relativamente às significações e percepções por parte dos técnicos, estas têm um impacto elevado na qualidade da intervenção realizada. Atitudes negativas por parte dos técnicos para com doentes com dependência podem ter um impacto negativo nos sentimentos de autoeficácia dos doentes e, conseqüentemente, na eficácia do tratamento. Atitudes negativas levam também a um pior desempenho em termos de prestação de cuidados (Van Boekel et al., 2015a). Estas atitudes negativas incluem não só um tratamento estigmatizado como também uma baixa expectativa em termos de recuperação que influencia a eficácia do tratamento (Van Boekel et al., 2015b).

Assim, o *stress* decorrente do trabalho realizado por técnicos prestadores de cuidados na área da adição pode ter conseqüências negativas a vários níveis, nomeadamente, em termos de saúde física (e.g. somatização da ansiedade) e de saúde psicológica como, por exemplo, *burnout* (Wedin et al., 2020; Young, 2015). O *burnout* pode ser descrito como uma síndrome composta por um conjunto de sinais, nomeadamente, exaustão emocional (diminuição dos recursos emocionais), despersonalização (interações apáticas e despersonalizadas com os utentes) e diminuição da gratificação pessoal (sentimento de incapacidade e fracasso no trabalho realizado) (Maslach, 2003). O *burnout* é muitas vezes experienciado por indivíduos cujos trabalhos implicam uma interação direta com outras pessoas, como é o caso dos profissionais de saúde (Maslach, 2003), podendo ocorrer por duas razões principais: exigências excessivas que culminam na exaustão e poucos recursos que levam a um desinteresse crescente (Demerouti et al., 2001). O estudo realizado por Dall’Ora et al. (2020), centrado na compreensão de fatores explicativos do *burnout* em profissionais de saúde e das suas conseqüências, demonstrou a relevância das características adversas de trabalho como, por exemplo, carga de trabalho excessiva, poucos recursos humanos, longas horas de trabalho, baixo controlo, inflexibilidade de horário, elevadas exigências físicas e psicológicas, ausência de supervisão e qualidade negativa das relações na equipa.

O *burnout* dos profissionais de saúde não só comporta consequências para os próprios, mas também para os utentes de quem cuidam, nomeadamente na qualidade da prestação de cuidados, na segurança dos utentes, na satisfação dos utentes e das suas famílias, entre outros. Beitel et al. (2018) realizou um estudo com o objetivo de compreender o *burnout* sofrido por profissionais de saúde que prestavam cuidados na área das dependências, tendo constatado que os profissionais adotavam várias estratégias preventivas e redutoras do *burnout*, dentro e fora do local de trabalho, tais como: envolvimento em atividades sociais prazerosas ou a realização de exercício; definição de limites entre o trabalho e a vida pessoal, deixando os problemas laborais no trabalho; pequeno período de descanso entre intervenções; supervisão clínica e adaptação das expectativas de recuperação a cada utente, de modo a que sejam o mais congruentes possível com os objetivos do próprio utente (Kiluk et al., 2019). Um estudo recente de Velando-Soriano et al. (2020) evidenciou também a importância do apoio social que os profissionais de saúde recebem dos seus supervisores e colegas de trabalho, uma vez que este apoio permite um maior amparo afetivo e emocional, levando a uma redução do *stress* experienciado e, conseqüentemente, levando também a uma redução da probabilidade que desenvolverem sintomas de *burnout*.

Apesar da presença dos stressores supramencionados e de ser uma profissão caracterizada por experiências adversas e complexas, a prestação de cuidados nesta área também apresenta fontes de gratificação. Os aspetos indicados pelos profissionais como sendo os mais positivos relacionam-se com a capacidade de lidar com tais situações, bem como com as mudanças e conquistas que os profissionais vão observando nos utentes, o que contribui para o sentimento de realização dos profissionais, (McCall et al., 2019). Tendo em conta o *stress* e gratificações vivenciados em contexto profissional, os profissionais desta área experienciam uma grande ambivalência no que toca ao desejo de abandonar ou permanecer nesta área (Akbari et al., 2020). Note-se que o trabalho na área das dependências também pode ser promotor de transformações pessoais positivas nos técnicos, como por exemplo, o desenvolvimento de competências pessoais (e.g., empatia) importantes para um bom desempenho profissional como o aumento da capacidade (McCall et al., 2019).

O Presente Estudo

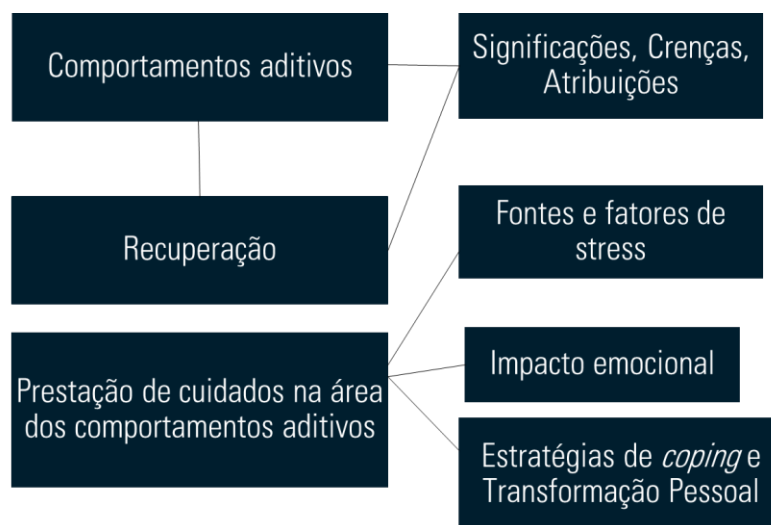
A escassez de literatura empírica sobre percepções e vivências de técnicos de saúde física e mental relativamente a comportamentos aditivos (Barnett et al, 2020) e a relevância de desenvolver a investigação sobre significações, práticas de prevenção, diagnóstico e tratamento em adição, bem como sobre o impacto nos prestadores técnicos de cuidados (Baldwin et al., 2020), justificam a pertinência do presente estudo. Assim, com a finalidade de contribuir para o enriquecimento do conhecimento científico nesta área, desenvolveu-se um estudo empírico partindo da questão inicial – Como são compreendidos, por técnicos prestadores de cuidados, os comportamentos aditivos e como é vivenciada a prestação técnica de cuidados?

A questão inicial conduziu à formulação dos seguintes objetivos (ver Figura 1):

- 1) Compreender significações e percepções dos técnicos sobre adição, tratamento e recuperação.
- 2) Identificar as principais fontes e fatores de *stress* e de gratificação associados à prestação técnica de cuidados em comportamentos aditivos.
- 3) Perceber o impacto emocional decorrente da prestação de cuidados na área dos comportamentos aditivos,
- 4) Identificar estratégias de *coping* dos técnicos e explorar processos de transformação pessoal.

Figura 1.

Mapa Conceptual



A partir dos objetivos, foram formuladas as seguintes questões de investigação:

Como são percebidos e explicados os comportamentos aditivos? Como é percecionado o tratamento e o processo de recuperação em adição? Quais as principais fontes e fatores de *stress* associados ao trabalho na área de comportamentos aditivos? Quais os impactos do trabalho como prestador de cuidados técnicos na área dos comportamentos aditivos, particularmente a nível emocional? Que estratégias de *coping* face ao *stress* decorrente da prestação de cuidados técnicos em adição? Quais as principais gratificações associadas ao trabalho na área de comportamentos aditivos? Que processos de transformação pessoal decorrentes da prestação de cuidados técnicos em adição?

Método

Desenho do Estudo

O presente estudo inclui um desenho exploratório e transversal, seguindo uma abordagem qualitativa, uma vez que se pretendia aceder com profundidade e de um modo contextualizado a significações, perceções e vivências dos participantes sobre a temática em estudo (Tracy, 2019).

Procedimento de Recolha de Dados

A constituição da amostra – profissionais de prestação de cuidados em adição - seguiu um processo de amostragem não probabilística de conveniência e orientada para os objetivos, ou seja, foram selecionados participantes que permitissem uma recolha de dados relevantes para os objetivos do estudo (Birks & Mills, 2011; Daly, 2007). Foi utilizado o método de bola de neve - muito utilizado em investigações qualitativas (Etikan et al., 2016) - com a colaboração de enfermeiros da *Associação Portuguesa de Enfermeiros dos Comportamentos Aditivos – IntNSA Portugal* e através das redes sociais informais do investigador. A participação dos participantes foi voluntária e gratuita (Johnson & Christensen, 2004), tendo sido considerados os critérios de inclusão previamente definidos: profissionais com experiência de prestação de cuidados na área dos comportamentos aditivos em Portugal; residentes em Portugal.

Aquando da solicitação da colaboração, foi prestada informação relevante sobre a investigação e o tipo de participação (e.g., dissertação de mestrado da FPUL; equipa de orientação; objetivo geral e condições de participação (e.g., entrevista semiestruturada realizada *online*, resposta a questionário sociodemográfico; necessidade de gravação

áudio da entrevista; previsão de cerca de 60 minutos de entrevista); natureza voluntária e gratuita da participação; confidencialidade dos dados; preenchimento de consentimento informado. Se os participantes aceitavam colaborar no estudo, agendava-se uma data para a realização da entrevista. Nos contactos iniciais, aquando da solicitação da colaboração, foi prestada informação sobre contextualização do estudo (e.g., FPUL; dissertação de mestrado; equipa de orientação), objetivo geral e condições de participação (e.g., entrevista semiestruturada realizada *online*, resposta a protocolo com questionários e escalas, necessidade de gravação áudio da entrevista), e foi enfatizada a natureza voluntária e gratuita da participação, a confidencialidade e a anonimização dos dados, bem como a necessidade de preenchimento de um consentimento informado. Se os participantes aceitavam colaborar no estudo, agendava-se uma data para a realização da entrevista.

Tal como é recomendado, a recolha dos dados foi concomitante com a análise dos dados, permitindo, assim, que o final do processo de recolha fosse definido em função da saturação teórica, ou seja, o momento na recolha dos dados no qual novos dados fornecerão pouca ou nenhuma informação nova para responder à questão de investigação (Charmaz, 2006; Guest et al., 2020). A recolha de dados foi efetuada entre março e abril de 2021, sendo as entrevistas transcritas imediatamente a seguir à sua realização.

O estudo seguiu os princípios éticos *American Psychological Association* (2002, 2010) e foi aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.

Caracterização da Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 18 participantes: 9 (50%) enfermeiros, 6 (33,3%) psicólogos, 1 (5,5%) psiquiatra, 1 (5,5%) assistente social e 1 (5,5%) técnica psicossocial. No que se refere ao sexo, 14 (77,7%) são do sexo feminino e 4 (22,2%) são do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 26 e os 65 anos ($M = 45,9$ anos; $D.P = 11,45$). A maioria dos participantes (14; 77,7%) exercia a sua profissão na região de Lisboa e Vale do Tejo, três (16,6%) na Região Autónoma da Madeira e um (5,5%) na região do Algarve. No que se refere ao tempo de serviço na prestação técnica de cuidados em adição, cinco (27,6%) participantes tinham entre 1 a 5 anos de serviço na área, um (5,5%) participante entre 6 a 10 anos, sete (38,8%) entre 16 e 20 anos e três (16,6%) tinham mais de 21 anos de serviço na área. Quanto às habilitações académicas, oito (44,4%) participantes reportaram licenciatura, seis (33,3%) mestrado, três (16,6%)

doutoramento e apenas um (5,5%) participante referiu curso técnico-profissional (equivalente ao 12º ano). Relativamente à religiosidade, oito participantes assumiram-se como crentes não praticantes.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

Foi aplicado um questionário sociodemográficos para uma breve recolha de informações, nomeadamente, sexo, idade, nacionalidade, anos de serviço e área geográfica de intervenção.

Entrevista Semiestruturada

Neste estudo, foi utilizada uma entrevista semiestruturada, indicada para investigações qualitativas porque, embora seguindo um conjunto de temáticas previamente definidas pelo investigador, considerando os objetivos do estudo, permite a inclusão, alteração ou eliminação de tópicos em função da informação que vai sendo obtida durante a entrevista, do grau de incómodo gerado nos participantes e da interação com estes (Braun & Clarke, 2013).

O guião incluiu os seguintes blocos temáticos: *Contextualização do Estudo e Consentimento Informado*, que incluía uma breve explicitação sobre a contextualização institucional, natureza e objetivos da investigação, solicitação de autorização para a gravação áudio da entrevista, garantia de confidencialidade e anonimização dos dados e esclarecimento de eventuais dúvidas; *Significações, Perceções e Atribuições* associadas aos comportamentos aditivos (e.g., “Considerando a sua experiência de prestação de cuidados técnicos em comportamentos aditivos, gostaria que me falasse sobre o seu entendimento acerca do problema da adição: como se explica, como se desenvolve, os seus impactos”); *Significações, Perceções, Expectativas e Atribuições* relativamente à intervenção e recuperação em adições (e.g., “Relativamente à intervenção neste tipo de perturbação, e com base na sua experiência, quais os eixos (e.g., alvos de intervenção, dimensões a trabalhar, formatos de intervenção) centrais na intervenção?”; “O que pensa sobre a recuperação nesta perturbação?”); *Fontes e Fatores de Stress e Impactos Negativos nos Técnicos* (e.g., “Os profissionais desta área de intervenção estão, muitas vezes, sujeitos a vários fatores de *stress* provenientes de várias fontes (e.g., do individuo com dependência, da sua família, do próprio sistema de intervenção). Gostaria que me falasse,

a partir da sua experiência, sobre esta questão do *stress* profissional e de como este é vivenciado por si”); *Recursos e Estratégias de Coping* utilizadas pelos técnicos (e.g. “Como consegue superar e recuperar nos momentos em que o seu trabalho provoca uma maior frustração e desgaste?”); *Fontes e Fatores de Gratificação* (e.g., “Gostaria que me falasse dos principais fatores de gratificação e daquilo que lhe proporciona mais satisfação e motivação para continuar a trabalhar nesta área”); *Processos de Transformação Pessoal* (e.g., “O trabalho que faz na prestação de cuidados técnicos em adição tem provocado algumas transformações, algumas mudanças em si enquanto pessoa?”).

Após o término da realização da entrevista semiestruturada, procedia-se ao preenchimento do questionário sociodemográfico, agradecia-se participação e reafirmava-se a disponibilidade do investigador para eventuais dúvidas ou questões futuras.

Análise dos Dados

Os dados foram analisados a partir do *software* de análise qualitativa de dados, NVivo, versão 12. Depois de transcritas, as entrevistas foram importadas para o Nvivo, no sentido de se proceder à sua análise qualitativa.

Para o presente estudo, foram seguidos os procedimentos de Análise Temática propostos por Braun e Clarke (2006). A Análise Temática envolve seis fases de análise: 1) familiarizar-se com os dados, que implica a transcrição e leitura dos dados, no sentido de surgirem umas ideias iniciais; 2) gerar categorias iniciais, que consiste em codificar aspetos interessantes que vão surgindo durante a análise dos dados no seu todo, aliando dados relevantes a cada nó; 3) procurar temas, ou seja, aliar as categorias criadas a possíveis temas, agregando toda a informação essencial para cada tema; 4) rever os temas criados, no sentido de perceber se os temas estão de acordo com os excertos codificados e com os dados no geral, levando à criação de uma mapa temático dos dados; 5) definir e nomear os temas, que implica uma análise continuada para aprimorar cada tema e para delinear nomes e definições para cada tema; e 6) reflexão escrita integrativa dos resultados e da revisão de literatura efetuada.

O processo de codificação descrito foi executado de três formas distintas e seguiu a seguinte ordem. Inicialmente foi realizada a codificação aberta, que consiste na identificação de categorias, bem como, a definição das suas propriedades e dimensões;

de seguida, a codificação axial, que consiste na reorganização dos dados já agrupados, através da comparação entre categorias e do estabelecimento de ligações entre elas e, por fim, a codificação seletiva, que consiste na escolha da categoria principal que engloba as restantes categorias (Fernandes & Maia, 2001).

Resultados

A primeira etapa de análise correspondeu a uma análise categorial genérica (Percy et al., 2015), procedendo-se à codificação aberta das entrevistas transcritas, ou seja, foram criadas categorias iniciais, as quais foram designadas com termos próximos dos utilizados pelos participantes, e, em seguida, à codificação axial focada sobretudo numa análise intra-categorial, permitindo assim o emergir de categorias e subcategorias centrais (Tabela 1 em Anexo). A segunda etapa foi complementada com uma análise axial transversal inter-categorial que conduziu à emergência de vários temas e subtemas, no âmbito de quatro quadros temáticos principais: Sobre o problema – Dependência, Destruição e Sofrimento; Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança; Sobre *Stress* e *Coping* Profissional – (Des)Equilíbrios; Sobre Sinais de Resiliência - Metamorfoses.

1 Sobre o Problema – Dependência, Destruição e Sofrimento

1.1 Contorno Conceptual de Adição - Doença, Problema(s) de Saúde Mental e Dependência

A adição foi explicitamente conceptualizada, pela maioria dos participantes (13)³, como uma doença e, mais especificamente como uma *doença* ou *problema de saúde mental* (11) embora com *impacto físico* - “As adições são doenças do foro da saúde mental que se caracterizam essencialmente por uma apetência muito grande para o consumo, pela alteração dos padrões de vida em função dessa apetência e (...) pelas síndromes de abstinência” (E, M, 56)⁴; “É assim, o problema da adição encontra-se num contexto de saúde mental, embora os impactos sejam também ao nível físico, não só a nível mental”

³ Os números entre parênteses indicam o número de participantes que foram codificados na categoria mencionada. O número apenas será colocado nas categorias em que mais de metade dos participantes foram codificados de modo a assinalar a sua forte saturação.

⁴ Os excertos ilustrativos são seguidos por parênteses que incluem: letra que sinaliza a identificação profissional do participante (E – Enfermeiro(a); P – Psicólogo(a); Pq - Psiquiatra; SS-Serviço Social); letra que sinaliza o sexo do participante (F-Feminino; M – Masculino); Idade do participante. Por exemplo, um excerto seguido de (E; F; 47) indica: participante enfermeiro; sexo feminino; 47 anos).

(E, F, 46). Quase todos os participantes (15), de todas as áreas profissionais, associaram também adição a *dependência* –

Outra característica da dependência, aliás, por isso é que nós falamos de comportamentos aditivos e dependências... porque, nós na relação com as substâncias, quem diz com substâncias diz também no caso das dependências sem substância, nós podemos ter um comportamento de uso, um comportamento de abuso e um comportamento dependente. O comportamento de uso é um comportamento regular, por exemplo, “eu gosto de beber um copo de vinho, mas não me embebedo”, isto é um comportamento de uso. Não quer dizer que, de vez em quando, no meu percurso de vida “não me tenha descuidado e bebido um bocadinho a mais”, isto já é um comportamento de abuso. Agora, quando é que dizemos que há um comportamento dependente? Quando a pessoa não consegue passar sem ou consumir a substância ou fazer aquela atividade, e quando o não fazer lhe traz sofrimento e angústia e quando a pessoa altera todo o padrão de vida em função seja do consumo daquela substância ou da realização daquela atividade (E, M, 56).

Alguns participantes mencionam também como aspetos relevantes da sua conceptualização: a *compulsão/impulsividade* - “(...) tudo é feito em favor de um alívio imediato que se sente no contacto com essa substância. (...) É uma coisa muito compulsiva e muito impulsiva, tem essas duas componentes e aí estamos no campo pleno da dependência” (P, F, 47); a *comorbilidade* - “(...) muitas vezes é necessário o apoio farmacológico porque estamos aqui com alterações psiquiátricas por causa das comorbilidades que estas pessoas já apresentam (...) por patologias que estão aqui concomitantemente com os consumos, por exemplo, ansiedade, psicoses, depressões (...)” (E, F, 44). No âmbito da comorbilidade, emergiu também a ideia (embora apenas explicitada por um dos participantes enfermeiros) da adição como podendo ser uma expressão de outra problemática de saúde mental –

E na questão das dependências, e agora falando das dependências com substâncias, nós sabemos quer pela investigação quer pelo nosso conhecimento empírico das coisas estas, muitas vezes, a perturbação aditiva está por cima de uma outra perturbação da área da saúde mental. E sabe onde é que nós vemos isso? Quando os doentes fazem tratamentos de habituação física. Quando a

substância desaparece, em muitas vezes ao de cima a outra perturbação que estava lá em baixo de...” (E, M, 56)

A adição foi também associada a *pobreza psicológica* e a *processo auto-destrutivo*.

1.2 O Desenvolvimento da Adição

1.2.1 Da Experimentação à Dependência.

1.2.1.1 O Mito da Causalidade.

Vários profissionais contestam a ideia de causalidade linear entre a experiência do consumo e a dependência - “há aquele mito de quem começa nas drogas leves acaba por passar para as drogas pesadas e isto é um mito, pode acontecer, mas a maioria das pessoas que consome drogas leves (...) não passa para as drogas duras” (P; F; 26). “(...) mas também, nem toda a gente que experimenta substâncias fica dependente felizmente, senão nós estaríamos mesmo muito mal, (...) alguns experimentam e nunca mais tocam e outros experimentam e facilmente entram num quadro de dependência.” (E, F, 46); “podemos ter 2 indivíduos, os 2 consomem no mesmo dia e se calhar há um que vai consumir nos dias seguintes e há um que vai ficar por ali e aquilo não passa de uma experiência” (P, F, 49).

1.2.1.2 A Batalha entre Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade e Risco.

O progredir de uma experiência inicial de consumo para uma situação de dependência depende, de acordo com os participantes, da *batalha de fatores protetores e fatores de risco* -

(...) são depois fatores, em termos de risco, tem depois os fatores de proteção que evitam que isso se desencadeie nessa pessoa. Portanto, depende dos fatores e tipo de fatores de proteção face aos fatores de risco, é muito dependente disso. (Pq, F, 63)

E, de facto, isto é um conceito essencial que é qual é o equilíbrio entre estes 2 tipos de fatores: os fatores de risco, que todos nós temos e os fatores de proteção... como vai estando o prato da balança... como é que vai estando ao longo do ciclo de vida; isso vai determinar se a pessoa se torna dependente ou não (SS; F; 54).

Foram ainda mencionados *fatores protetores* que podem ser essenciais para evitar uma trajetória de dependência, nomeadamente, a existência de uma *figura estruturante* (e.g., padre, professor, treinador), a *não aceitação familiar do consumo* e a *não aceitação social do consumo*.

1.2.2 A Intensificação do Ciclo Vicioso.

O desenvolvimento da adição foi também associado à ideia de um *ciclo vicioso* que se intensifica em função da *habituação orgânica progressiva* e dos *efeitos recompensadores imediatos* do consumo -

Depois funciona como um ciclo vicioso em que se cria uma tensão tão grande que a pessoa sente necessidade de recorrer ao comportamento ao qual é adito, recorre ao comportamento alivia-se a tensão e depois volta-se a criar a tensão à medida que o efeito positivo da adição vai passando... há sempre um efeito positivo nos comportamentos aditivos porque senão eles também não se tornavam aditivos, portanto há sempre aqui uma componente positiva (P, F, 26).

O consumo é suposto ser uma vez, duas vezes, pontualmente... depois, a questão é que o nosso corpo se comporta com aquele esquema da tolerância, portanto, (...) nós para obtermos o mesmo resultado temos que ir aumentando a dose para que a coisa vá funcionando... (E, F, 44)

1.3 A Natureza da Adição

1.3.1 Multideterminada – Uma Teia de Causalidade Bio-Ecológica.

Os profissionais referiram a natureza multideterminada da adição, salientando que a interatividade de diversos fatores (e.g., individuais-biológicos, individuais-psicológicos, familiares, sociais, culturais) conflui para uma trajetória de adição - “Mas, a origem do problema, para mim, é sem dúvida multifatorial porque há um conjunto de fatores que se conjugam e que a pessoa a determinada altura não teve forma de fintar o problema e acabou por se deixar enredar pelo problema” (E; F; 46); “Há fatores predisponentes, há fatores protetores e há fatores de risco e tudo enrola nesta teia e neste emaranhado de condições” (P, F, 47);

1.3.1.1 Fatores Individuais – Da Biologia à Pobreza Psicológica.

A relevância do papel dos *fatores intra-individuais (biológicos e psicológicos)* no desenvolvimento da adição foi explicitamente sublinhada pela maioria dos participantes (15). Relativamente aos *fatores intra-individuais biológicos*, foram particularmente referidas a *adaptação orgânica* - “(...) a pessoa procura alguma satisfação com a mesma substância e o organismo vai-se habituando e, portanto, precisa de cada vez mais e de consumir mais para ter o mesmo grau de satisfação (P, F, 47); a questão *genética* - “existe aqui uma percentagem considerável em que provavelmente se encontra o fator genético”

(P, F, 47); “Pode haver questões ligadas, por exemplo, à área genética que não tem a ver diretamente com o tipo de adição, mas pode levar a que haja uma propensão maior para depois nos descendentes poder-se desencadear outros tipos de dependência.” (Pq, F, 63); e aspetos *neurológicos* -

Como sabe, existem reações químicas no nosso cérebro que contribuem para essa dependência. (...) O consumo (...) é um consumo de necessidade. As dependências têm a ver com esta questão da satisfação e as reações químicas no nosso cérebro explicam muito isso. O lugar que a substância ocupa nas sinapses dos nossos neurónios (P, M, 53).

Relativamente aos *fatores intra-individuais psicológicos* (12), quase metade dos participantes apontou a saliência do *processo de coping face a problemas* sinalizando-o como um *coping inadaptativo* – “é utilizado por muitos doentes, para não sentir, pra esquecer o que se está a passar à sua volta (E; F; 47);

(...) eu acho que tem a ver com as experiências e as vivências na altura da experimentação da substância, portanto, se a pessoa experimenta e aquela substância até lhe dá uma sensação de alívio, de prazer, sensações muito positivas e se a pessoa desenvolver a tal relação com a substância em que a substância é a única maneira de aliviar as sensações negativas, desenvolve-se então a dependência... (P, F, 26).

No leque de fatores intra-individuais psicológicos, emergiram também questões disfuncionais associadas à *personalidade* (e.g., *falha narcísica*), *insuficiência de competências pessoais* (e.g., *auto-controlo, tolerância à frustração*), *psicopatologia e perturbação, relação com a substância de consumo e ausência de objetivos de vida*.

Para além dos supramencionados fatores intra-individuais, foram referidos outros fatores individuais associados por mais de metade dos participantes (12) à *experimentação do consumo* - “começaram os consumos em contexto escolar com os amigos de uma forma muito recreativa, em que os consumos não começaram logo a ser um problema, (...) depois com o tempo o período de intervalo entre consumos começou a diminuir” (P, F, 47) – e/ou a *circunstâncias de vida adversas* – “porque há um casamento com violência doméstica ou porque há um casamento que não é gratificante ou porque há um luto que se torna patológico e a pessoa não consegue ultrapassá-lo (P; F; 49); “a maior parte dos nossos utentes há qualquer coisa na infância que nós achamos que não foi preenchida ou que não contribuiu para o crescimento efetivo nessa fase muito

particular da sua vida” (P; M; 53); “(...) há coisas que se vão desenvolvendo ao longo da vida e, para algumas pessoas, alguns eventos da vida assumem uma sensibilidade particular... toda a gente tem eventos de vida, tem eventos mais ou menos traumáticos” (E, M, 52).

1.3.1.2 Fatores Contextuais – Feios, Porcos e Maus.

Os *fatores contextuais* foram também assinalados com grande relevância (11) – “são criados naqueles ambientes digamos «feios, porcos e maus», em que é tudo mau: traficam, prostituem-se, por aí fora” (E; M; 56) -, particularmente os associados à *família* que foram salientados por metade dos profissionais, tendo sido também apontados outros referentes à *rede de pares* e *contexto comunitário*, e, ainda, fatores *socioculturais* e *económicos*.

Relativamente aos fatores associados à família, os técnicos mencionaram sobretudo: os *comportamentos aditivos dos pais* - “em relação ao álcool aquilo que se percebe é que há uma percentagem que já existe aqui um historial familiar (...) quando vamos fazer a anamnese aquilo que percebemos é que os pais já tinham problemas de álcool” (P, F, 47); o *incentivo e aceitação de consumos* - “também propriamente a política de consumo porque vemos um pouco dentro da família madeirense que era comum incentivarem o consumo, nas rotinas diárias festivas ou não” (E, F, 29); a *disfuncionalidade familiar* - “são famílias muitas vezes desestruturadas, núcleos que não existem, pais que são toxicod dependentes ou alcoólicos em que os miúdos cresceram a ver aquilo (...)” (E, F, 65); “muitas lacunas emocionais, muitas questões da própria estrutura da personalidade que tiveram a ver com determinadas dinâmicas familiares e (...) acabou por haver algum abandono emocional, o não estar presente ou situações de abuso sexual...” (P, F, 49).

A influência da *rede de pares* emergiu também como fator contextual de influência - “também pela parte da convivência, a nível de amigos, (...) nos jovens muito aquilo de testar para ver quem é que consegue beber ou tolerar mais” (E, F, 29); “(...) o que nós nos apercebemos é que a maior parte dos consumos começa na adolescência, num contexto recreativo, muito no contexto escolar” (P, F, 47); “(...) Se eles não forem retirados do meio ambiente onde eles estão inseridos, não há hipótese porque o esquema é o mesmo” (E, F, 65).

A influência do *contexto comunitário* foi justificada por *consumos* na comunidade - “estes indivíduos estão em contextos em que há uma prevalência disto, por exemplo,

(...) residem em zonas de bairros que há alguma permissividade muito grande, em que existe muito esta cultura dos consumos ou dos tráficos” (SS, F, 54); pela forte *permissividade*, pelo *acesso fácil* aos produtos de consumo e por serem zonas de *tráfico*.

Os fatores socioculturais foram assinalados especificamente em relação à *cultura do álcool* - “no que diz respeito ao álcool também a questão de fazer o enquadramento porque é uma substância legal. Portugal é um país vinícola em que há um grande consumo de álcool em contexto recreativo (...)” (P, F, 47) -, tendo sido particularmente sublinhado o caso da Ilha da Madeira -

(...) na Madeira, e falando relacionado com a área do alcoolismo, eu acho que é um problema que facilmente se explica atendendo a uma questão cultural e também sociológica da nossa região. (...) além de ser uma ilha grande produtora de bebidas alcoólicas (...) um passado histórico todo ligado a isso... todos os convívios, todas as comemorações são muito associadas a isso (E, F, 29).

No que se refere especificamente ao consumo de álcool, foi ainda mencionada a *valorização social* e a *despatologização do alcoolismo*: “o alcoolismo ainda não é entendido pela nossa sociedade como uma doença, ainda existe muito estigma associado à mesma (...), para quem está efetivamente a fazer o esforço de deixar de beber, esta parte social é uma parte extremamente importante...” (E, F, 27).

1.3.1.3 O Poder da Substância – Entra de Pantufas na Nossa Vida.

Mais de metade dos profissionais sublinharam as *propriedades da substância* (12), destacando os *efeitos recompensadores* - “promove um determinado tipo de relaxamento e de bem-estar e portanto acabam por ficar presos à droga” (P; F; 49); “(...) e ele de certa maneira também se sente mais fortalecido por isso e eu acho que isso é uma das medidas que explica o aumento dos consumos” (E; F; 29) - e *imediatos* como forte *indutor de dependência* - “O que cria dependência é aquilo que dá satisfação imediata (...)” (E, M, 56); “(...) tudo é feito em favor de um alívio imediato que se sente no contacto com essa substância.” (P, F, 47). São estas características da substância de consumo que determinam o *poder da substância sobre o individuo* -

(...) e o álcool entra de pantufas na nossa vida, e é isso. Quando damos por isso, ele é que manda e a verdade é que a pessoa vai bebendo, não se vai apercebendo de que está a perder o controlo da situação, começa a fazer a sua vida em torno da substância e a dado momento é a substância que manda (E, F, 47).

1.3.2 Multiplicador de problemas.

A adição emergiu como um multiplicador de problemas face ao impacto (12) individual, familiar e social.

1.3.2.1 O indivíduo – Trajetórias de degradação e Autodestruição.

Os técnicos sublinharam diversos impactos a nível individual (10), nomeadamente, a *degradação da saúde física e morte* - “(...) há outros que nós vemos que estão tão mal, e que achamos que ele não vai conseguir, alguns até achamos que não vão sobreviver, porque aparecem tão doentes fisicamente (...)” (E, F, 46); “muitas das pessoas que chegam até à casa de saúde já chegam num estado muito debilitado (...) quando as pessoas pedem ajuda já vão num estado de degradação muito grande” (P, F, 30) - e o *impacto psicológico* envolvendo *psicopatologia, alterações da personalidade*, e um intenso *sofrimento* associado a perdas, auto-descrença, desesperança e auto-destruição e destruição de outros - “(...) tenho uma dificuldade muito grande nisso porque quando tenho uma pessoa que me diz que a sua vida não serve para nada, quer dizer, isto é o mais fundo que uma pessoa pode ir (E; F; 27).

O impacto no *estilo de vida*, na *situação laboral* foi também enfatizado pelos participantes, bem como a *degradação da sua situação económica* - “as pessoas passam a viver o dia todo para o consumo, portanto, a procura de dinheiro para sustentar o consumo, depois o consumo, depois novamente a procura de dinheiro para sustentar e pronto, torna-se um ciclo vicioso” (P; E; 26) - reforçando a *trajetória autodestrutiva* - “No fundo, as pessoas vão-se destruindo e o dia-a-dia é para consumir seja álcool seja drogas e muitas das vezes só quase quando chegam ao “buraco” é que pedem ajuda.” (SS, F, 44).

1.3.2.2 A Família – Destruição, Sofrimento e Perda.

O impacto na família e nas relações com a família foi explicitamente sublinhado por mais de metade dos técnicos (10), tendo sido particularmente enfatizados o *sofrimento e destruição* da família - “Mas depois também há a família, que é muito importante, e a família muitas vezes também fica doente neste percurso da toxicoddependência de um dos elementos” (E, F, 46); “(...) nós vemos um grande desgaste das famílias também” (P, F, 30); “(...) tem um grande impacto porque destrói lares, (...), destrói famílias (...)” (E, F, 65). No que se refere às relações familiares, os participantes mencionaram a *perda* e o *distanciamento*, o que emergiu associado à *descrença na recuperação* - “(...) à medida que os internamentos se vão multiplicando, as pessoas de família que o acompanham vai

diminuindo porque, muitas vezes, o álcool é uma dependência que acaba com tudo aquilo que têm (...)" (E; F; XX); "(...) os internamentos já são sucessivos ou que se repetem muitas vezes, nós vemos que há um distanciamento da família em que já não têm a mesma... já não acompanham da mesma forma do que no primeiro internamento" (P; F; 30).

1.3.2.3 O Social – Uma Bola de Neve.

No que se refere ao *impacto social*, os participantes mencionaram os *problemas laborais*, nomeadamente, as baixas sucessivas e a capacidade diminuída de desempenho profissional, o que pode conduzir ao desemprego, o *isolamento e marginalização*, em certa medida, associados à *estigmatização* – “A nível social, o estigma pelo qual estas pessoas passavam porque parece-me que tinham um bocadinho de falta de oportunidades e eram quase que marginalizados pelo consumo” (E; F; 29) - e a criminalidade – “(...) em impactos a nível social, em geral, a nível da criminalidade” (Pq; F; 63). O impacto a nível social, a par do familiar, pode ser, por si só, gerador de vários outros problemas – “(...) é uma bola de neve porque depois vai implicar todas as outras” (E, F; 44).

1.3.3 Destrutiva e Autodestrutiva.

A análise transversal dos dados evidenciou que a natureza destrutiva e autodestrutiva da adição emergiu com grande saliência - “tem um grande impacto porque destrói lares, destrói vidas, destrói famílias, destrói tudo... alguns ficam na miséria, outros põem a família na miséria...” (E, F, 65).

2 Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança

Não obstante terem sido referidos os diferentes eixos de intervenção - tratamento, intervenção na reinserção, redução de riscos e minimização de danos e prevenção -, pela natureza da entrevista e pela sua experiência profissional específica, os participantes focaram sobretudo o eixo de tratamento⁵, o qual emergiu muito associado à temática da recuperação.

2.1 Tratamento e Recuperação

2.1.1 Princípios-Guia do Tratamento - Pilares em Rede.

A análise dos dados revelou uma rede interativa de princípios que os participantes consideram que devem nortear o tratamento, podendo, assim, ser considerados como

⁵ Por esta razão, e face à insuficiência de dados, limitaremos a descrição dos resultados ao eixo Tratamento e à Recuperação.

pilares que sustentam a sua qualidade: Singularidade na Intervenção, Respeito pelas Necessidades e Escolhas dos Utentes, Contextualização do Problema e da Pessoa, Envolvimento da Família e das Redes, Contexto Colaborativo, e Intervenção Multidisciplinar.

A maioria dos participantes enfatizou a importância da *singularidade na intervenção* (11) -

(...) porque cada pessoa é única, portanto é preciso também nós termos a atenção de ver que cada pessoa que se senta à nossa frente é de facto... e desse ponto de vista, estarmos sempre alerta e perceber quem é que nós temos à nossa frente” (P; M; 53);

(...) se calhar tenho um individuo que acho que se calhar uma coisa mais comportamental é mais eficaz, se calhar acho que há outro individuo que se calhar coisas mais das relações objetais, das coisas mais dinâmicas faz-me ali algum sentido... portanto, depende se achar que é uma coisa centrada nele uso uma terapia centrada no cliente... quer dizer, vai dependendo daquilo que vou vendo quando faço a anamnese e ao fim de algumas consultas pelo que que eu vou percebendo (P; F; 49);

Bem, é assim, não há intervenções chapa-zero. Contrariamente ao que acontece noutras áreas, mas cada vez vai acontecendo menos, mesmo quando nós pensamos na saúde mais física... porque cada pessoa é um caso, com a sua história de vida e com a sua envolvente. E isto foi uma consciência que se tomou mais na saúde mental, mas que mesmo nas áreas da saúde mais física, nós vamos chegando cada vez mais a essa conclusão (E; M; 56)

A singularidade na intervenção emergiu associada à importância do *respeito pelas necessidades e escolhas do utente* (10) - “(...) não imposição daquilo que nós achamos que é o correto, que é bom para aquela pessoa. (...)” (P, F, 47); “No fundo, temos que olhar aquela pessoa como um todo... (...) Temos que olhar com um todo e tentar dar resposta às necessidades que a pessoa tem. Para uns é mais umas coisas, para outros é mais outras” (E, F, 46);

Isto tem muito a ver com quem temos à frente. (...) temos de perceber quem temos ali à frente e como é que podemos seguir. Há indivíduos em que nós sabemos que tem de ser no *timing* deles e consegue-se lá chegar, porque o tempo

tem que ser o deles; se demorar mais tempo, paciência. Tem a ver com... eles são todos tão diferentes (P, F, 49)

A singularidade da intervenção e o respeito pelas necessidades e escolhas do utente implicam, por sua vez, uma compreensão holística, ou seja, a *contextualização do problema e da pessoa* (9) -

O outro aspeto que se pretende com a metadona, com as terapias de substituição, é permitir que aquela pessoa consiga redesenhar o seu percurso de vida, mas não é à minha maneira, é dentro daquilo... Os nossos utentes que estão ali à nossa frente, são eles mais as suas circunstâncias de vida. (...) (E; M; 56);

(...) nós temos os acolhimentos nos quais é feita um entrevista à pessoa que tem toda a parte social e profissional da pessoa, familiar e depois tem a parte dos consumos onde é perguntado à pessoa quando é que iniciou os seus consumos, quando é que os consumos passaram a ser regulares e quando é que os consumos passaram a dependência ou se são só consumos recreativos e se tem problemas judiciais... e toda essa informação é fundamental para motivar a pessoa a voltar ou não ao nosso serviço (SS; F; 44);

O comportamento aditivo é um sintoma daquilo que se passa no meio dele, com a família, com os amigos, no seu local de trabalho..., portanto (...) é um problema que é o resultado do contexto em que ele está envolvido. Portanto, partindo daqui torna-se lógico que a intervenção tem de ser no contexto mais alargado, no contexto de vida dele, nas redes sociais dele, redes sociais primárias e secundárias (SS, F, 54).

A contextualização da pessoa e do problema direciona a intervenção para *o envolvimento da família e das redes* - “(...) uma das nossas principais intervenções é na família, por várias razões, porque a família são as pessoas que estão mais próximas deles e são aquelas que, a longo prazo, temos mais dificuldades em agarrar (...)” (E, F, 27);

(...) há um privilégio das pessoas de família ou da rede que sejam importantes para os doentes e pronto é sempre nessa perspetiva. (...)” (P, F, 47); “E também pelo tipo de intervenções (...) grupos de autoajuda (...) intervenções com a família, intervenção laboral (...) e tudo isto vai fazendo uma rede de articulação entre os vários interventores, equipas de rua, as câmaras, as freguesias (Pq; F; 63).

A efetivação dos princípios supramencionados facilita e é facilitada pelo investimento dos técnicos num *contexto colaborativo* – “Não sou eu que decido, tem de ser sempre uma coisa em conjunto; porque o compromisso existe é entre quem está a ajudar e quem quer ser ajudado porque, caso contrário, é impossível” (P; F; 47)

E essa intervenção é mais eficaz quando a dimensão no âmbito da interação entre o profissional e uma pessoa (...) É a qualidade da relação que nós temos com a pessoa para poder ser reconhecidos como podendo intervir em áreas sensíveis do outro e sermos reconhecidos como sendo capazes de fazer isso é, para mim, aquilo que determina a qualidade da intervenção (E, M, 52).

A *intervenção multidisciplinar* emergiu também como um pilar da intervenção que contribui fortemente para a sua eficácia –

Eu acho que a eficácia tem muito a ver com... o toda a equipa ser multidisciplinar... e ter-se reuniões de equipa em que é pensado um projeto para a pessoa, que é obviamente pensado por ele e para ele também e faz sentido que seja porque senão não tem sentido para o próprio..., mas é uma coisa que é pensada em conjunto e que é muitas vezes trabalhada. Eu acho que eu para a intervenção ser mais eficaz, tem de haver um trabalho multidisciplinar (Pq; F; 63).

Relativamente ao nosso plano de intervenção, o utente passa por uma equipa multidisciplinar em que todas as peças se encaixavam muito a nível das dinâmicas comportamentais, motivacionais, gestão de conflitos... falávamos abertamente sobre fatores que podiam potenciar a recaída ou potenciar a abstinência (E; F; 29); (...) tínhamos uma equipa multidisciplinar que eu acho que é fundamental, porque nós tínhamos na nossa equipa o psiquiatra, as psicólogas, uma técnica ocupacional, uma de serviço social e os enfermeiros. Cada um destes técnicos tem um papel fundamental nas abordagens que se fazem ao longo do tratamento (P; F; 30).

2.1.2 As Motivações Para o Tratamento e Recuperação.

A motivação intrínseca foi sublinhada como fundamental para a adesão e eficácia do tratamento, tendo sido apontados como fatores mais frequentes a *doença* e a *consciência da proximidade da morte* - “o maior impacto é a nível da saúde, ou seja, quando a pessoa apanha um “susto” a nível da sua saúde e isto de facto tem um grande impacto e faz a pessoa parar e pensar sobre o que tem andado a fazer” (P, F, 47); “Muitas

peessoas só deixavam realmente de beber quando já havia alguma lesão sistémica que lhes provocava desconforto e que poderia pôr em risco a vida deles” (E, F, 29). Foi também referido o *desgaste com a vida de consumos*, o *envelhecimento* e a *consciência de autodestruição*.

Os profissionais assinalaram a *motivação extrínseca* como predominante, referindo a *coerção judicial* - “Alguns vêm também obrigados, ou porque foram apanhados com determinada quantidade de substância que, na lei portuguesa, não é suficiente para ser um crime, mas têm de cumprir com um plano de tratamento e são obrigados a vir ao serviço (...)” (E, F, 46); a *coerção laboral* - “(...) a outra questão que é o patrão dizer que o vai despedir caso não interrompa os consumos (...)” (E, F, 47); e a *pressão conjugal e familiar* - “está ali porque (...) a mulher fez um ultimato” (P, F, 30).

2.1.3 Modalidades de Tratamento e Focos Estratégicos.

Foram referidas diversas modalidades de tratamento: *intervenção farmacológica*, *intervenção familiar*, *psicoeducação*, *entrevista motivacional*, *avaliação psicológica* e *follow-up*.

No que se refere aos *focos estratégicos* de intervenção, a análise de dados mostrou a relevância atribuída pelos profissionais às estratégias direcionadas para a *motivação para a recuperação* e para o *reconhecimento do problema*, salientando, contudo, a dificuldade em termos de eficácia –

(...) a noção que eu tenho é que são muito difíceis de superar... só se as pessoas quiserem e a maior parte das vezes as pessoas não querem, portanto se nós não conseguirmos motivar o doente para se libertar, não é possível (E; F; 65);

(...) é perceber como é que conseguimos chegar à pessoa e fazê-la perceber que aquilo que ele tem é um problema e como é que lhe conseguimos “tocar” ao ponto de ele querer essa mudança, porque a verdade é que eu não consigo mudar aquilo que eu não reconheço. Aquilo que eu tenho sentido ao longo do tempo é que criar motivação, criar motores que efetivamente sejam um motivo para eles mudarem é muito complicado porque eu até posso fazer o discurso mais bonito do mundo, mas se eu não pegar naquilo que efetivamente eles valorizam, não se consegue... (E, F, 27).

Emergiram também como focos estratégicos fundamentais a *reflexividade e planeamento do percurso* (e.g., preparação para reingresso laboral, consequências do

consumo, gestão de expectativas, planeamento de objetivos de vida, preparação para a comunidade terapêutica, questões económicas, questões laborais, questões sociais); o *desenvolvimento de competências* (e.g., autorregulação, autocuidado, assertividade, estratégias de *coping*, expressividade emocional, gestão das relações familiares e sociais); *alteração de estados e padrões emocionais* (e.g., alívio da ansiedade, alívio do sofrimento, humor negativo), *integração de história de vida, reforço do envolvimento e apoio familiar, preparação da família para a recuperação do indivíduo*. Alguns profissionais referiram, ainda, a *estabilização cognitiva*, a *estabilização física*, o *acompanhamento espiritual*, a *co-avaliação final sobre a evolução*, a *partilha de informação em grupo* e a *prevenção da recaída*.

2.1.4 A Multifatorialidade da Eficácia e Recuperação.

A análise mostrou a relevância de múltiplos *fatores associados à eficácia do tratamento e recuperação* relativos ao *sistema de intervenção* (17); ao *técnico* (13), ao *próprio indivíduo* (13) e a *fatores familiares* (11).

No que se refere ao sistema de intervenção, mais de metade dos técnicos mencionou o *contexto colaborativo* (9) como um fator importante para a eficácia do tratamento – “É um caminho que se vai fazendo connosco e com os doentes” (E; F; 47). O *acompanhamento terapêutico*, a *intervenção com a família*, o *programa de substituição* e a *intervenção multidisciplinar* emergiram também como fatores particularmente importantes para a eficácia e recuperação. Foram também mencionados outros fatores potenciadores da eficácia, tais como a existência de *respostas sociais*, a *qualidade das relações na equipa*, as *intervenções laborais*, o *controlo farmacológico da ansiedade*, os *grupos de autoajuda*, a *rede de articulação com intervenores* e os *serviços de estabilização de consumos*.

Relativamente aos fatores facilitadores associados ao técnico, os participantes (9) enfatizaram sobretudo a *relação de proximidade-aliança* (9) –

(...) é muito a conquista da relação para o outro achar que “bom, através desta pessoa eu consigo... ou com esta pessoa eu consigo fazer alguma mudança que eu prevejo para mim”. Nós sabemos isso, que essa qualidade da relação é essa satisfação... com um utente que não esteja satisfeito com o seu técnico de referência, terapeuta, etc, se ele não estiver satisfeito com isso, essa intervenção dificilmente vai ser muito eficaz (E, M, 52);

o *respeito e adaptação ao indivíduo* -

(...) é a adaptação, a capacidade do profissional e da ciência se adaptarem aos utentes que têm à sua frente e, para isso, é preciso um constante estudo da problemática, o que levanta a necessidade de trabalhar em muita proximidade com os utentes para perceber como é que podemos evoluir nesse sentido (...) (P, F, 26);

o *foco na motivação* -

(...) e promover nela a motivação e uma coisa que nós temos discutido e aprendido muito é nunca desistir das pessoas, a mim parece-me importante nunca desistir e promover essa motivação e o estar, aquela pessoa estar na sua vida, não desistir de si (P; M; 53);

e a *orientação para as competências*, para as forças da pessoa -

(...) o último fator importante para a eficácia da intervenção é acreditar sempre que aquela pessoa tem solução, e por ter solução quero dizer que esta pessoa consiga os seus objetivos; porque eu acho que quando deixamos de acreditar que as pessoas podem mudar e podem atingir os seus objetivos, nós deixamos de intervir com eficácia (P; F; 26)

No que se refere a fatores do indivíduo que mais contribuem para a eficácia e recuperação, os profissionais destacaram, tal como foi já supramencionado, a *motivação intrínseca* e a *consciencialização do problema* (9); as suas *condições socioeconómicas*; a existência de *objetivos e planos de vida*, as *competências do indivíduo*, a sua *capacidade reflexiva* e o *bem-estar físico*.

O papel da família foi também destacado pelos profissionais, tendo sido particularmente sublinhado (10) o *suporte familiar* - “A eficácia é muito quando eles têm apoio da família. Quando têm apoio da família, quando têm um suporte na sociedade sólido, torna-se tudo muito mais fácil. Quando não têm, torna-se muito difícil” (E; F; 65);

a família é um suporte fundamental.... Eu consigo muito mais depressa garantir que uma pessoa fica abstinente por mais tempo se tiver um bom suporte familiar do que se ela não tiver... se ela não tiver suporte familiar, a probabilidade de regressar ao internamento dispara (E; F; 27).

Os participantes referiram ainda outros fatores importantes, tais como a *gestão de conflitos familiares*, a *conjugalidade estável e apoiante*, a *existência de filhos* e o *apoio dos filhos*.

Foram, ainda, mencionados por alguns profissionais outros fatores que contribuem para a eficácia do tratamento e recuperação: *fatores sociais* (e.g., *apoio da rede*, *compreensão social*, *não marginalização*, *estabilidade laboral*, *religião*).

2.1.5 Janelas para a Recuperação.

Apesar de os técnicos identificarem inúmeros fatores que potenciam a eficácia e a recuperação da adição, esta foi caracterizada pelos participantes como *difícil* e com uma elevada prevalência de *recaídas* – “o desafio constante que esta área representa e apesar de a gente saber que há uma janela grande de insucesso e que algumas das pessoas vão voltar” (P; F; 30)

(...) o dizer-lhe que temos aquela pessoa que faz o seu tratamento e que fica com o problema da adição resolvido, isto é uma minoria. As pessoas até conseguem com êxito, mas a prevalência de recaída é enorme e isto é transversal qualquer que seja a substância, com umas mais do que outras. A recaída é frequente e é preciso uma pessoa enquanto profissional aprender também a ganhar defesas para lidar com isto (...) (E, M, 48).

Os profissionais assinalaram a dificuldade de identificar indicadores de sucesso do tratamento, devido à *imprevisibilidade* (11) da recuperação - “(...) estes sinais que podem-nos dar a ideia de que aquilo vai ter ou não sucesso também são coisas subjetivas. (...) ao longo da minha vida profissional, já fui surpreendida muitas vezes com coisas positivas e com coisas negativas” (SS, F, 54);

(...) há fatores que acho que ajudam, mas eu nunca faço previsões se vai correr bem ou não porque eu já tive pessoas que eu pensava que iam consumir para sempre e estão abstinentes há anos e já tive pessoas que eu achava que tinha resultado e que achava que tinham tudo para correr bem e daí a uns meses estavam de novo no serviço (P, F, 26).

Considerando a dificuldade e a imprevisibilidade da recuperação, os técnicos salientaram a importância de se considerar como foco central da recuperação a *funcionalidade* da pessoa e não a ausência de recaída - “A nossa grande vitória aqui é... a partir do momento em que a pessoa passou a ser funcional, ela está recuperada, porque

o objetivo daquela pessoa pode ser só esse” (E, M, 56); “(...) aceitar muitas vezes que a pessoa não consegue chegar ao patamar da abstinência, mas se calhar consegue ter ganhos, consegue organizar-se até do ponto de vista profissional, se calhar saiu da rua, se calhar já tem hábitos de higiene” (P; F; 47)

(...) acho que desde muito cedo aprendi que os ganhos nesta área não são só o parar de consumir. Eles até podem nunca parar de consumir, podem manter alguns consumos, consumos de forma mais controlada e ficarem assim para o resto da vida, mas se conseguiram reaproximar-se da família, se conseguiram passar a viver com condições mais dignas, se conseguiram proteger-se de determinadas infeções usando preservativo ou consumindo de forma mais segura, se conseguiram tratar a hepatite c ou o HIV, isso para mim são ganhos que eu valorizo muito (E; F; 46);

Bom, primeiro a mim preocupa-me é o que é que eu posso ajudar aquela pessoa a viver no dia seguinte um bocadinho melhor do que o que têm hoje, esse é o mote ideal. Se pensar que na minha abordagem a integração do modo de vida relacionado com a abstinência, isso pode ser algo que também surja naquilo que sejam as minhas abordagens com as pessoas. Mas como a perspetiva é como é que as pessoas vivem e como é que podem viver melhor, não tenho a abstinência como algo que seja muito, à força, metido entre mim e as pessoas que têm comportamentos aditivos e de dependência... (E; M; 52);

3 Sobre *Stress* e *Coping* Profissional – (Des)Equilíbrios

3.1 *Desequilíbrios*

3.1.1 Fontes e Fatores de *Stress*.

No campo das fontes e fatores de *stress* profissional, vários foram os fatores e fontes mencionados pelos técnicos. As fontes que emergiram com maior relevância foram a *intervenção* (16), o *utente* (14) e a (s) *instituição (ões)* (11). A família foi também referida por vários profissionais.

Relativamente à *intervenção* como fonte de *stress*, os participantes sublinharam sobretudo a *impotência estratégica* - “com frequência nós vivenciamos processos de alguma ansiedade, de alguma angústia muitas vezes por sentir incapacidade de fazer face ao sofrimento que nos apresentam (...)” (E, M, 52) - e os *casos mais difíceis* (5) - “Nós ouvimos todos os dias histórias extremamente negativas e é impossível uma pessoa não

ter algum envolvimento porque nós temos às vezes situações que são tão chocantes” (E, F, 27).

Foram ainda mencionados outros fatores de *stress* tais como a *incerteza da eficácia* da intervenção, o grau de *exigência* do trabalho, o trabalhar *sem experiência inicial*, o *fracasso* e a *gestão de conflitos no grupo terapêutico*.

Os fatores de *stress* com origem no *utente* que emergiram com maior relevância foram o *processo de mudança* (10), especificamente a *recaída após evolução positiva ou alta* -

(...) inicialmente custava-me muito ver uma pessoa que até tinha um bom prognóstico e que saía dali bem, dali a meses ou até semanas ou dias nós sabíamos que essa pessoa estava a beber e isso eu acho que é um dos fatores que, inicialmente, quando se começa a trabalhar nestas áreas, pode ser um fator de *stress* porque é quase como a pessoa sentir que está a trabalhar em vão (...) (P, F, 30) -

a *fraca motivação dos utentes*, que conduz a *dificuldades na adesão ao tratamento* – “(...) muitas vezes aquilo que é mais difícil de lidar é a frustração de, por exemplo, um utente nos pedir uma coisa e depois falta 5 vezes à marcação e nós temos de andar sempre atrás” (P; F; 26);

(...) porque os utentes vinham de livre-vontade, mas nem sempre pela sua motivação pessoal porque, às vezes, podia ser uma questão judicial ou uma questão profissional que levava o doente ao internamento. E pronto, estes fatores às vezes também não eram muito motivadores para que o tratamento desse certo (...) (E, F, 29) -

o *comportamento dos utentes*, em especial, a *agressividade, violência e mentira* –

(...) *stress* de trabalhar nesta área são as situações de violência, violência verbal, violência física (que são muito raras de acontecerem). No início, estas situações eram um grande fator de *stress*, até porque não sabia muito bem lidar com essas situações, tinha medo, mesmo (E; F; 46);

(...) há pessoas que não conseguem trabalhar nesta área porque têm muita dificuldade em lidar com a mentira e nesta área há muito esta questão, que é a confiança é um dos aspetos que tem de ser muito trabalhado ao longo do

tratamento porque aquela pessoa inventa muitas desculpas para chegar ao consumo ou na sua vida, a rotina normal, ou porque tem de esconder o consumo ou porque é a maneira dela mesmo viver... existe muita mentira e então quando nós lidamos com pessoas assim... (P; F; 26) -

e a *emocionalidade negativa dos utentes*, nomeadamente, a conflitualidade, a desesperança e o sofrimento, o que foi associado pelos participantes à sua perceção de impotência estratégica –

(...) é uma pessoa que nos traz uma carga emocional muito grande e quem lida com isso e quem tem esse embate, esse embate bate nos profissionais todos que atendem estas pessoas, que é uma perspetiva importante nesta área. Quem leva com os primeiros embates nesta área tem a vivência desta emoção muito trazida à flor da pele e, normalmente, são os enfermeiros que levam com o primeiro embate e isto normalmente quando chegam a um gabinete de consulta já passou mais tempo e às vezes está mais esbatido. Isso é um momento sempre de grande... é despejar ali em quem está no atendimento muita dessa emoção e essa emoção é causadora de grande ansiedade e angústia e de sensação de impotência por um problema que nós sabemos que tem uma matriz muito social e que poucas vezes temos resposta para isso (E; M; 52).

Outros fatores de *stress* relacionados com os utentes apontados por alguns técnicos foram: a *doença e morte dos utentes*, a *falta de recursos socioeconómicos*, as *expetativas irrealistas* dos utentes e a *necessidade de policiar os utentes*.

Quanto a fatores de *stress* inerentes à *instituição*, foi sublinhado o *stress* decorrente da *equipa*, principalmente, dificuldades relacionais, e *dificuldades na estrutura e organização*, nomeadamente, no que se refere à insuficiência de recursos humanos, dificuldades no funcionamento em equipa e em regime multidisciplinar e remuneração e contratos precários.

No que se refere às *famílias* dos utentes, os participantes apontaram como principais fatores de *stress* a *exigência familiar de recuperação do indivíduo*, a *incapacidade de reorganização e envolvimento familiar* e a *conflitualidade indivíduo-família*, com *triangulação do técnico*.

Foram ainda mencionadas outras fontes de *stress*, ainda que por menos técnicos: o *macro-sistema*, e especificamente, a *falta de recursos na sociedade*, e as *relações difíceis com outras instituições*.

3.1.2 Estados Emocionais decorrentes do *Stress* Profissional.

Face ao *stress* profissional, os profissionais relataram sobretudo momentos de *desmotivação* (10) e *frustração* sobretudo associados às recaídas mas também devido à complexidade das situações, à desmotivação da equipa e à falta de recursos humanos para expandir e diversificar serviços atividades – “É cansativo, é desmotivante o nós estarmos, e este sentimento eu já o vivi muitas vezes, de trabalharmos com uma pessoa, meses continuados e a pessoa aparentemente tem um projeto de vida, (...) e depois do nada recai” (E, F, 47); “(...) essa pessoa, muitas vezes, tem um percurso de alinhamento com o projeto terapêutico, mas chega a um dia em que vai recair ou consumir (...). E isso também causa muita frustração aos profissionais” (E, M, 52); “Às vezes sinto-me desmotivada porque me apetecia fazer mais coisas e não tenho muito tempo, não tenho pessoal, percebe? Queria ter mais enfermeiros para poder fazer mais coisas, oferecer mais coisas aos doentes e, às vezes, fico desmotivada por isso” (E; M; 44); “tem a ver com a falta de recursos para fazer o meu trabalho melhor, condições físicas e a falta de definição de funções” (P; F; 49). Com similar relevância, emergiu o *desgaste e exaustão* particularmente associados às recaídas e fracassos, à complexidade das situações e à sobrecarga decorrente de recursos humanos insuficientes- “Em termos do *stress*, há alturas em que me sinto muito cansada, isto é uma problemática muito cansativa...” (SS, F, 54)

Foram também reportados outros estados emocionais como *impotência, irritabilidade e zanga, medo, desconforto na equipa, tristeza e vazio*.

3.1.3 Transformações Pessoais Negativas.

Mais de metade dos participantes (10) referiu algumas *transformações pessoais negativas* decorrentes do trabalho na área da adição, particularmente, *ansiedade extrema e somatização, preocupação persistente com a possibilidade de familiares poderem vir a desenvolver uma dependência e dessensibilização* face a situações observadas na sua rede familiar e social de alguma adversidade.

3.2. Equilíbrios

3.2.1 Recursos e Estratégias Adaptativas de *Coping*.

Face ao *stress* vivido profissionalmente, quase todos os participantes referiram a utilização de diversas *estratégias adaptativas de coping*⁶, quer no próprio contexto de *trabalho* (16), quer na sua *vida pessoal* (16) como potenciadores da recuperação do equilíbrio face ao *stress* profissional a que estão sujeitos.

Em relação às estratégias de *coping* utilizadas no trabalho, verifica-se um predomínio de estratégias de *coping cognitivas* (16), nomeadamente, *relativizar e aceitar* -

porque quando tenho um utente que me diz que quer ir para tratamento e que depois no dia seguinte já me diz que não, que dizer, isto deixa-me frustrada, mas eu tenho um discurso interno de dizer que é a vida dele, ele é que decide e ele é que sofre as consequências da sua decisão, e eu já tive este discurso interno tantas vezes que agora acaba por ser automático (P, F, 26);

e *reflexividade* – “conhecer bem os nossos próprios limites e perceber até onde está a nossa capacidade de ser um terapeuta útil àquela pessoa” (E; M; 48)

Outras estratégias de *coping* cognitivas reportadas: *positividade/foco nas competências/acreditar* e *dominar o conhecimento* e *aumentar a experiência*.

Para além das estratégias cognitivas, os participantes mencionaram também *estratégias no domínio relacional*, sublinhando a *procura de suporte da equipa*, nomeadamente a partilha e a intervenção, bem como o procurar *supervisão*.

Relativamente às estratégias de *coping* utilizadas na *vida pessoal*, emergiram com maior relevância: estratégias de *autocuidado* (14), tendo sido particularmente enfatizada a importância de *momentos para desligar do quotidiano profissional* (14), em especial através de *atividades e hobbies* (11) -“o desporto, a atividade física, sem dúvida foi umas das coisas que mais me motivou..., portanto, coisas mais a nível de gostos pessoais, tentar descobrir mais o que eu gostava de fazer (...)” (E, F, 29); estratégias relativas ao contexto familiar (12), nomeadamente, *definição de limites trabalho-família*, *procura de apoio e proximidade familiar* (12) – “Outra coisa muito importante, é não levar o trabalho para casa. Portanto, acaba-se o meu horário de trabalho, acabou-se isto...” (P; F; 26)

⁶ As estratégias adaptativas de *coping* correspondem a esforços proativos do indivíduo para lidar construtivamente com uma situação de *stress*.

(...) precisamos do apoio em casa porque a verdade é que em muitas situações aquilo corrói-nos por dentro e, muitas vezes, até é bom falar com as pessoas que temos em casa (...) porque a nossa família tem de ser de alguma forma o nosso porto seguro... (E, F, 27);

e *partilha de situações profissionais com rede familiar e social* – “Ah, e depois há outra coisa que também é muito importante que é conversar sobre estas coisas com pessoas que não tenham nada a ver com esta área” (SS, F, 54)

Os técnicos também mencionaram *recursos*⁷ fundamentais para a manutenção do equilíbrio pessoal face ao *stress* profissional, tendo destacado *recursos pessoais* (15) e a *equipa* (11).

Um recurso fundamental, de acordo com as narrativas dos participantes, é o *gostar do trabalho* (13) - “depois há outro fator que é: eu gosto daquilo que estou a fazer ou não, que é outro fator. E quando eu digo eu gosto daquilo que estou a fazer, tem a ver com a escolha da própria área profissional (...)” (E, M, 56); “Eu acho que qualquer pessoa que trabalhe muitos anos nesta área é porque gosta mesmo e porque acredita porque senão não aguenta” (SS; F; 54); “Portanto, vejo como um trabalho de desafios em que ou se gosta ou não se aguenta. Temos de gostar mesmo daquilo que estamos a fazer” (P; F; 49)

O *domínio do conhecimento* na área da adição foi também mencionado por vários profissionais.

A *equipa* enquanto recurso foi apontada por mais de metade dos participantes (11), tendo sido considerado particularmente relevante o *suporte/coesão da equipa* (11), a sua *estabilidade* e as *relações na equipa* - “eu acho aqui que o suporte que nós enquanto equipa somos uns para os outros, é uma das coisas que eu acho que ao longo do tempo também me tem ajudado muito (...)” (E, F, 47); “(...) tenho uma equipa em que posso confiar desde logo a equipa mais abrangente e depois o núcleo de psicólogos em que podemos discutir isso e, portanto, desse ponto de vista também há este conforto” (P; M; 53);

Nós somos uma equipa... não somos novos, todas as pessoas que trabalham naquela equipa já estão lá há muitos anos e sempre que há uma situação de maior

⁷ Recursos são características ou condições preexistentes que facilitam movimentos adaptativos face ao *stress*.

stress nós automaticamente temos muito isto de proteger a pessoa que está à frente e que naquele momento está ali na linha da frente (E; F; 49).

3.2.2 Fatores de Gratificação

Todos os profissionais referiram diversos *fatores de gratificação* (18), pontuando particularmente: nas *mudanças nos utentes* (15), ou seja, *ver mudanças na vida das pessoas* - “a gratificação é mesmo a mudança de status das pessoas, é as pessoas lá mais à frente dizerem-nos que a mudança foi benéfica para elas próprias e essa é a maior gratificação” (E, M, 52) – e a *recuperação do utente* - “Quando nós conseguimos recuperar um doente da adição... é assim, aquele vale pelos outros todos que a gente não conseguiu recuperar” (E, F, 65);

na *perceção de ser útil* (15), contribuindo para a *qualidade de vida dos utentes* -

(...) saber que podemos em cada dia contribuir para que determinada pessoa possa ter uma vida mais satisfatória, para que determinada pessoa possa ter uma alimentação, possa ter uma rotina diferente daquela que teve nos últimos 10 anos, para que determinada pessoa possa desabafar os seus problemas, pôr nas nossas mãos a sua vida, a partilha (P; F; 53);

no *gostar do que faz* – “(...) é gostarmos do que fazemos com estas pessoas e gostar de pessoas” (SS; F; 44);

e na *relação com os utentes*, em especial a criação de uma *relação de aliança com os doentes*, o *acompanhamento da vida dos utentes* e a sua *gratidão* - “Este é para mim o que é o melhor é o estabelecimento da relação, empatia (...)” (E; M; 48) “Este retorno e coisas que eles às vezes notam, o devolver, o haver esta relação pessoa que se estabelece de anos” (Pq; F; 63);

Eu acho que há também... nós temos algum mimo, vá... Eu acho que nós temos muitos doentes que conseguem verbalizar a gratidão que têm e o reconhecimento que têm pelo trabalho que desenvolvemos e isso é importante. Eu ouvir «vocês foram importantes para nós», «o vosso apoio é essencial», «aprendi muito consigo», isto para mim são fontes de gratificação (E; F; 44)

3.3 *Desistir ou Persistir?*

Considerando o *stress* profissional e a gratificação profissional, sete participantes afirmaram não ter *vontade de abandonar a área* – “Não. Desde que vim para esta área, nunca senti vontade de desistir de trabalhar nesta área, muito pelo contrário” (E, F, 46); sete reportaram já ter considerado desistir embora não o concretizassem - “Houve momentos em que me apeteceu sair desta área, mas depois não consegui porque não queria, na realidade.” (SS, F, 54); e duas assumem ter vontade de deixar de trabalhar em adição (dois participantes não responderam à questão).

4 Sobre Sinais de Resiliência – Metamorfoses

A análise dos dados evidenciou várias *transformações pessoais positivas*, as quais constituem sinais de resiliência⁸ dos profissionais. Para além do crescimento profissional, os participantes mencionaram como principais transformações pessoais positivas: o *crescimento pessoal* a nível pessoal e relacional -

Em termos pessoais, ajudou-me a compreender, a conhecer-me, a forma como eu me ligo aos outros, o tentar chegar ao outro, tentar que o outro também me entenda, tentar que o outro veja em mim uma pessoa que o está a tentar compreender.... Eu acho que isso tem sido muito positivo (E, F, 46);

o *desenvolvimento de competências específicas*, nomeadamente o *aumento da capacidade empática* –

Olhe, acho que estou muito mais atenta às pessoas, à individualidade das pessoas e àquilo que as pessoas não demonstram tanto, acho que sou uma pessoa solidária e faço questão estar próximo quando sinto que as pessoas não estão bem... isto é na repercussão na minha vida pessoal! (SS; F; 54);

o *lidar construtivamente com a adversidade* -

Talvez o impacto que possa ter mais em mim é conseguir relativizar muito os problemas que me vão aparecendo na vida que ao pé de certas vidas não são nada. Nós vivemos com todas as facilidades e há pessoas que vivem uma vida

⁸ Resiliência é conceptualizada como um processo que envolve não apenas a adaptação face a situações de *stress* e adversidade, mas também o crescimento pessoal e, por conseguinte, transformações positivas no *self* e na relação com os outros (Walsh, 2006)

completamente diferente, desde que nascem. Pronto, talvez consiga relativizar melhor os problemas que surgem e lidar melhor com eles (E; F; 46);

a maior *reflexão pessoal sobre a vida* -

(...) também sinto que ao longo destes anos todos de trabalho, que trabalhar nesta área, me obrigou a uma grande reflexão pessoal sobre muitos aspetos da minha vida, me obrigou a reorganizar-me em muitos aspetos da minha vida; reorganizar-me na forma de olhar para as coisas, na forma de as analisar e de as interpretar também (E; F; 44)

e as mudanças ao nível da *visão sobre a vida e sobre os outros* – “Saber que existe esta degradação, mas também saber que existe esta superação e, portanto, poder aproximar esta degradação desta superação e arranjar aqui um equilíbrio de vida” (P; M; 53)

Foi também sublinhado o *crescimento profissional* (10) como uma transformação positiva decorrente do trabalho na área da adição -

aquilo que mudou foi mesmo o meu entendimento sobre como eu via a pessoa com comportamentos aditivos porque, se calhar, inicialmente... para quem está de fora, as pessoas não são valorizadas, quase ninguém acredita que irá haver uma recuperação e se calhar essa também era um bocadinho a minha ideia enquanto técnica, antes de ter estado nesta experiência. Depois disso, mudou radicalmente porque agora acho que todas as pessoas merecem e devem ter oportunidade (...) (E, F, 29).

Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo aprofundar o conhecimento acerca do impacto da prestação de cuidados em comportamentos aditivos e das vivências dos diferentes profissionais. Desta forma, foram definidos quatro objetivos centrais: 1) Compreender significações, crenças e atribuições associadas a comportamentos aditivos e ao processo de recuperação da adição; 2) Identificar as principais fontes e fatores de *stress* e de gratificação associados à prestação técnica de cuidados em comportamentos aditivos; 3) Perceber o impacto emocional decorrente da prestação de cuidados na área dos comportamentos aditivos; 4) identificar estratégias de *coping* dos técnicos e explorar processos de transformação pessoal.

Através da análise dos resultados, percebeu-se que os aspetos mais mencionados pelos participantes se distribuíram por quatro blocos temáticos: Sobre o problema – Destruição e Sofrimento; Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança; Sobre *Stress* e *Coping* Profissional – (Des)Equilíbrios; Sobre Sinais de Resiliência – Metamorfoses.

Sobre o problema – Destruição e Sofrimento

Os técnicos consideraram que a adição é uma doença, mais especificamente uma doença do foro mental com impacto físico, sublinhando, contudo, a importância de os técnicos se focarem na responsabilização e auto-regulação dos indivíduos, o que é consonante com o evidenciado por Szott (2015).

À semelhança do que foi encontrado por Shafiee et al. (2019), os técnicos do presente estudo mencionaram a dependência e a perda de controlo de impulsos como diretamente relacionados com a adição. Embora referenciados separadamente, estes aspetos foram descritos como tendo algo em comum, o descontrolo progressivo dos consumos, algo congruente com as conclusões de Hogarth et al. (2012) que referiram a progressiva perda de controlo relativo ao consumo voluntário da substância como aspeto indicativo do desenvolvimento de uma adição. A frequência de comorbilidade também foi referida por vários técnicos, na presente investigação. Um dos participantes sugeriu que a adição poderá ser expressão de uma perturbação subjacente, ideia quase oposta à defendida por Aas et al. (2021) em que a adição será o ponto de origem para o desenvolvimento de uma doença psiquiátrica.

Os técnicos participantes no presente estudo, apesar de apontarem os consumos iniciais de experimentação como podendo ser um ponto de partida para a adição, tal como é, aliás, defendido por vários autores (e.g., George & Koob, 2017; Nutt & Nestor, 2018), contestaram a causalidade linear entre experimentação e dependência, o que é congruente com as conclusões de Hicks et al. (2012), que defendem a multifinalidade na adição, ou seja, diferentes fatores podem confluír para o consumo de substâncias.

Os profissionais do presente estudo referiram o desequilíbrio entre fatores de proteção e fatores de risco com dominância destes como explicação para o envolvimento em comportamentos de risco, defendendo, pois, a tese de que a origem da dependência é representada pela interação entre fatores de risco e de proteção em vários domínios (Green et al., 2021). Vários foram os fatores de risco mencionados pelos participantes que

referiram a natureza multideterminada da adição, salientando a interatividade de diversos fatores (de risco) que pode confluir para uma trajetória de adição. A ideia emergente do contributo da interação entre fatores individuais (biológicos e psicológicos) e contextuais enquadra-se no quadro teórico que pressupõe que o desenvolvimento de uma adição é causado por fatores individuais e ambientais que, em conjunto, facilitam o surgimento e manutenção de um consumo perturbado (Mayet et al., 2016).

Foram salientados vários aspetos que intensificam o ciclo perturbado de consumos, nomeadamente os efeitos recompensadores imediatos da substância e a consequente habituação orgânica. Os efeitos recompensadores imediatos consistem no prazer e satisfação decorrentes do consumo de determinada substância (Shafiee et al., 2019) e estes efeitos experienciados como positivos promovem a repetição dos consumos levando ao surgimento da habituação e dependência (Elvig et al., 2021; Simon & West, 2015) e à progressiva perda de controlo dos impulsos, mencionada anteriormente.

A nível dos fatores individuais, os técnicos referiram fatores biológicos, que podem contribuir para o desenvolvimento de uma adição. Os fatores neurológicos foram associados aos efeitos das substâncias na química cerebral, o que é congruente com os resultados de Meil et al. (2012). Foram também mencionados fatores genéticos que contribuem para uma propensão para o envolvimento em comportamentos aditivos (Bettinardi-Angres & Angres, 2010). Note-se que a literatura científica sublinha o papel da habituação orgânica no processo de desenvolvimento de uma adição (e, consequentemente, as suas consequências no indivíduo (e.g., Elvig et al., 2021; Koob & Volkow, 2010).

Os profissionais salientaram também, enquanto fatores causais, vários fatores psicológicos. Os consumos continuados foram apontados como uma estratégia de *coping* inadaptativa, com a finalidade de aliviar o sofrimento e a ansiedade (Hassanbeigi et al., 2013) face a circunstâncias de vida adversas. Foram também destacados fatores relacionados com a personalidade e competências pessoais insuficientes (e.g., fraca tolerância à frustração; baixos níveis de autocontrolo), tal como é amplamente referido na literatura (e.g., Agberotimi et al., 2020; Hicks et al., 2014; Minhas et al., 2021; Roy, 2018; Swendsen et al., 2010).

A experimentação do consumo associada ao grupo de pares e a circunstâncias de vida adversas foram relatadas pelos profissionais como sendo as causas mais frequentes

para o início dos consumos. Estes resultados são congruentes com os encontrados na literatura, sendo importante destacar que estas causas assumem um maior destaque em função da fase do ciclo de vida em que se iniciaram os consumos. A experimentação associada ao grupo de pares está mais presente se os consumos se iniciarem na adolescência devido à importância que o grupo de pares representa nessa faixa etária (Hägele et al., 2014; Hicks et al., 2014; Roy, 2018). As circunstâncias de vida adversas associadas com exposição frequente ao *stress* podem levar ao desenvolvimento de uma adição quando esta exposição é cumulativa até à idade adulta, i.e., se há uma exposição precoce ao *stress* que se prolonga ao longo do crescimento do indivíduo (McMullin et al., 2020; Zimić & Jukić, 2012).

O papel do contexto familiar foi particularmente enfatizado pelos participantes, nomeadamente os comportamentos aditivos dos pais, uma vez que a exposição precoce a este tipo de comportamentos exerce uma grande influência nos padrões de consumo na idade adulta (Hägele et al., 2014). A disfuncionalidade familiar foi igualmente destacada como um fator muito influente para o desenvolvimento da adição, o que é congruente com a literatura científica (e.g., Roy, 2018; Sharma & Sharma, 2017) que destaca o papel do distanciamento emocional e das dificuldades comunicacionais na fase inicial dos consumos (e.g., Galan, 2017; Mathew et al., 2018; Ranjbaran et al., 2018). De igual modo, os resultados do presente estudo sugerem a influência da comunidade na propensão dos indivíduos para se envolverem em comportamentos desviantes, o que é coerente com os resultados do estudo de Swendsen et al. (2009) sobre a influência da exposição a consumos na comunidade na experimentação de substâncias.

A ideia emergente da adição como um multiplicador de problemas face às múltiplas consequências nocivas, nomeadamente, a nível individual, familiar e social, tem sido, similarmemente, apontada pela literatura empírica (e.g., Kourgiantakis et al., 2021). A nível individual, salientou-se a ideia de que os impactos físicos (e.g., doenças) e psicológicos (e.g., deterioração do estado emocional, problemas psicopatológicos) se vão agravando com o aumento do tempo de consumo, o que reflete os resultados encontrados por Galan (2017) e Darvishi et al. (2015), que mostram que a continuação dos consumos e do estilo de vida associado, aumenta a probabilidade de outras patologias (cormobilidade) com um impacto cada vez mais severo, quer no indivíduo, quer na família. O sofrimento da família e a deterioração das relações familiares, designadamente o distanciamento emocional, amplamente referido na literatura (e.g., McCann et al. 2019;

Orford et al., 2013) emergiu também como um impacto negativo da adição. Navabi et al. (2017) sublinharam também o impacto em termos da saúde física e psicológica dos familiares, agravados pelas crescentes dificuldades relacionais.

O impacto social mencionado pelos profissionais da nossa amostra focou-se particularmente nos problemas laborais e no isolamento associado à estigmatização, bem como nas dificuldades financeiras e envolvimento em atividades ilícitas ou criminais, o que é coerente com os resultados dos estudos de Haruna et al. (2018), Kanmodi et al. (2020) e Walton e Hall (2016).

Sobre os Eixos de Intervenção – Bússola da Mudança

Os resultados sugeriram vários princípios que contribuem para a qualidade da intervenção nesta área, nomeadamente, a singularidade na intervenção, o respeito pelas necessidades e escolhas dos utentes e a necessidade de contextualização do problema e da pessoa, o envolvimento da família e das redes, o contexto colaborativo e a intervenção multidisciplinar. No mesmo sentido, Baumann et al. (2015) destacaram a importância de uma intervenção adaptada ao utente para garantir a qualidade da mesma e, conseqüentemente, aumentar a eficácia do tratamento. Em congruência com os resultados de Kourgiantakis et al. (2018), os profissionais referiram o envolvimento da família e das redes como um fator que pode contribuir positivamente para a qualidade e eficácia do tratamento. Outro aspeto considerado como fator essencial para garantir um tratamento de qualidade relaciona-se com a relevância da intervenção multidisciplinar, com um trabalho realizado por técnicos de diferentes áreas a realizarem intervenções que, apesar de terem formatos distintos, funcionam com o mesmo objetivo, o que é também considerado fundamental na literatura científica (e.g., Goodman et al., 2015).

Os resultados relativos à importância do contexto colaborativo e da responsabilização do utente e do incentivo à sua proatividade na batalha pela recuperação – indissociável da motivação do utente - vão no mesmo sentido das conclusões de Gray (2014) que enfatizam a importância da auto-agência dos utentes para garantir uma maior probabilidade de sucesso do tratamento. Os técnicos da presente investigação sublinharam a importância da motivação intrínseca do utente para a adesão ao tratamento, o que é consonante com o estudo de Brorson et al. (2013) que evidencia o papel central da motivação intrínseca no maior empenho por parte dos utentes no tratamento.

Tao como é evidenciado na literatura, os resultados do presente estudo mostram a diversidade e complementaridade de modalidades de: intervenção farmacológica (Lee et al., 2015; Simon & West, 2015); intervenção familiar, essencial dado o importante papel da família no processo de tratamento e especialmente no pós-tratamento (Kourgiantakis et al., 2021); psicoeducação, fulcral para estimular a reflexividade dos utentes através da transmissão de informação sobre a doença, as suas consequências e o seu tratamento e integrando também aspetos motivacionais (Ekhtiari et al., 2017; Kamarudin et al., 2020); e entrevista motivacional, que é essencial, tendo em conta a importância da motivação para a mudança de comportamento (Froiland, 2020; Pederson et al., 2021). Relativamente aos focos estratégicos da intervenção, emergiram com grande relevo estratégias orientadas para a motivação para o tratamento e recuperação e para o reconhecimento do problema por parte dos utentes, potenciando, assim, a identificação do indivíduo com o processo de tratamento, bem como o estabelecimento de objetivos futuros enquadrados numa trajetória adaptativa (Knight et al., 2019).

Os participantes destacaram o papel de várias fontes - sistema de intervenção, o técnico, o próprio indivíduo e a família – no sucesso do tratamento. A nível do sistema de intervenção, emergiu com particular relevo o contexto colaborativo, o que vai de encontro aos resultados do estudo de Brorson et al. (2013) que enfatizaram a importância de haver uma ligação entre os esforços dos técnicos e os aspetos de responsabilização do utente pelo seu próprio percurso de tratamento e recuperação. A nível do técnico, os profissionais enfatizaram a importância da qualidade da relação terapêutica (o que também contribui fortemente para o contexto colaborativo), o foco continuado na motivação do indivíduo e a promoção das suas competências, o que é também evidenciado por Brorson et al. (2013). A nível da família, o fator mais mencionado foi o do apoio familiar, em coerência com os resultados de Kourgiantakis et al. (2021) que enfatizaram o papel essencial da família como fonte de apoio durante o tratamento e no pós-tratamento, na readaptação do indivíduo.

Apesar da grande relevância colocada sobre os fatores potenciadores da eficácia do tratamento e consequente recuperação, esta foi considerada como sendo algo difícil de alcançar na “totalidade”, tendo os técnicos enfatizado a ideia supramencionada de redução de danos (Szott, 2015) e de recaídas enquanto fases (frequentes) do processo de mudança (Shafiee et al. (2019); Simon & West (2015) e de adaptar e moldar as expectativas de recuperação a cada utente e aos objetivos de cada um.

Sobre *Stress* e *Coping* Profissional – (Des)Equilíbrios

Os resultados mostram claramente que o exercício profissional na área da adição é um contexto de forte stress proveniente especificamente de diversas fontes. No que se refere à intervenção, os resultados sugerem que a impotência estratégica aliada à frustração de tratar utentes recorrentes no tratamento constitui um dos principais fatores de *stress*, o que é congruente com os resultados do estudo de Wedin et al. (2020) que mostram a frustração e dúvida de técnicos relativamente à utilidade do tratamento. Em relação ao utente, os fatores de *stress* advêm sobretudo da fraca motivação intrínseca e, conseqüentemente, da dificuldade de adesão ao tratamento e da dificuldade de recuperação, tendo sido sublinhados a frequência de recaídas e também fatores relativos às alterações comportamentais e emocionais (e.g., agressividade, violência) experienciadas dos utentes. Os fatores indicados pelos participantes deste estudo são congruentes com os fatores de *stress* indicados nos estudos de Wedin et al. (2020) e de Kingston et al. (2017), que sublinham igualmente como fator de stress a conduta agressiva e violenta para com os técnicos. Relativamente aos fatores de *stress* decorrentes das próprias instituições, foram mencionadas sobretudo dificuldades na relação em equipa, e questões organizacionais, em especial, a insuficiência de recursos humanos e dificuldades de funcionamento da equipa. Estes resultados são consonantes o estudo de Dall’Ora et al. (2020), que demonstrou a relevância e o impacto das condições adversas do trabalho como, por exemplo, carga de trabalho excessiva, poucos recursos humanos, elevadas exigências psicológicas, ausência de supervisão e qualidade negativa das relações na equipa, entre outros.

Os estados emocionais decorrentes do *stress* profissional mais mencionados pelos técnicos entrevistados foram a frustração associada à entrada recorrente de alguns utentes no tratamento (Van Boekel et al., 2015b) e a desmotivação que advém também desta reincidência em termos de consumos e do retorno dos utentes ao tratamento (Wedin et al., 2020). As recaídas, o sentimento de fracasso e a impossibilidade de diversificação das atividades por escassez de recursos, foram apontadas como as principais causas para o surgimento destes estados emocionais (i.e., frustração e desmotivação) nos profissionais, o que é congruente com os resultados de Wedin et al. (2020). Aliadas a estes estados emocionais, as situações de *stress* experienciadas no quotidiano laboral são responsáveis, de acordo com as narrativas dos participantes, por transformações pessoais negativas que têm vindo a experienciar. Estas transformações negativas pessoais relacionam-se

sobretudo com a preocupação com a possibilidade de ocorrerem situações de consumos abusivos em familiares ou outras figuras significativas, e com o desenvolvimento de ansiedade extrema e de somatização da mesma, o que é congruente com o estudo de Young (2015) no qual foram relatadas, nos profissionais de saúde, consequências negativas a vários níveis, nomeadamente, em termos de saúde física (e.g. somatização da ansiedade) e de saúde psicológica (e.g. *burnout*).

Foram mencionadas várias estratégias de *coping* utilizadas, tanto no local de trabalho, como na vida pessoal, com a finalidade de manter o equilíbrio face ao *stress* profissional continuamente experienciado. Em consonância com os estudos de Crapanzo et al. (2014), Wedin et al. (2020) e van Boekel et al. (2014), as estratégias de *coping* que mais participantes relataram utilizar no local de trabalho foram a relativização, associada a uma melhoria na atitude perante situações mais complexas e na forma de lidar com as mesmas e a reflexão e domínio de conhecimento, não só em relação aos acontecimentos vivenciados mas também em relação ao aumento do conhecimento acerca das dependências, dos seus efeitos nos indivíduos e de estratégias e intervenções a utilizar com esta população. As estratégias de *coping* utilizadas na vida pessoal mais mencionadas implicavam a procura de proximidade e apoio familiar e o auto-cuidado sobretudo salvaguardando momentos que permitam o desligar das vivências profissionais através do envolvimento em atividades prazerosas, tal como foi igualmente verificado por Beitel et al. (2018). Foi ainda considerada uma estratégia particularmente relevante a partilha das vivências profissionais com profissionais e figuras significativas. Relativamente aos recursos, os resultados evidenciam a importância de gostar de trabalhar na área da adição, bem como de uma equipa de trabalho coesa e apoiante, o que é congruente com o estudo de Velando-Soriano et. al. (2020) que evidenciou também a importância do apoio social que os profissionais de saúde recebem dos seus supervisores e colegas de trabalho, uma vez que este apoio permite um maior amparo afetivo e emocional.

Os resultados mostram que os principais fatores de gratificação – e que se associam ao “gostar do que se faz” -, se relacionam com o participar no processo de mudança dos utentes e contribuir para a sua recuperação, o que potencia o sentido de utilidade e de realização pessoal (McCall et al., 2019). Note-se, contudo, que, apesar das gratificações, e em consonância com o estudo de Akbari et al. (2020), metade dos técnicos revelaram já ter tido vontade de desistir do trabalho nesta área e dois assumiram que

pretendem experienciar outras áreas de trabalho, o que sugere um forte ambivalência e conflito entre o as gratificações e o *stress* vivenciado.

Sobre Sinais de Resiliência – Metamorfoses

Os resultados do presente estudo indicam sinais de resiliência dos técnicos, uma vez que, não apenas mostram a sua adaptação às dificuldades e adversidades associadas à prestação de cuidados em adição, mas evidenciam sobretudo transformação positiva do self decorrente da intervenção nesta área, tendo sido particularmente enfatizado o crescimento pessoal, a reflexividade, empatia e positividade. Estes resultados corroboram os evidenciados num estudo de McCall et al. (2019), no qual se verificou que os profissionais reportavam crescimento pessoal devido às vivências profissionais na área da adição, nomeadamente, a nível relacional, o que era associado ao aumento da capacidade empática e de compreensão do outro.

Limites e Forças do Estudo

O presente estudo inclui, naturalmente, várias limitações que devem ser consideradas. Começamos por salientar que, apesar de o processo de análise ter evidenciado uma tendência clara para a saturação teórica, sugerindo que a inclusão de mais participantes não traduziria um acrescentar relevante de ideias emergentes, o rigor seria aumentado com um maior número de participantes e, particularmente, com uma distribuição mais equitativa de técnicos das diferentes áreas profissionais, bem como uma maior amplitude em termos de formação profissional.

Embora todo o processo de realização da dissertação tenha sido continuamente supervisionado pela orientadora, a pouca experiência da investigadora principal, quer ao nível da investigação em geral, quer no que se refere à análise qualitativa em particular, é também uma condicionante relevante a considerar.

A atual situação pandémica Covid 19 condicionou a recolha de dados, obrigando a que as entrevistas fossem realizadas virtualmente através da aplicação *zoom*, o que, pela ausência de interação direta entre o investigador e o entrevistado, pelo grau de incómodo que, eventualmente, suscita em alguns dos participantes, e por eventuais perturbações na ligação tecnológica pode afetado a fluidez da comunicação e o desenvolvimento das respostas (Archibald et al., 2019).

Contudo, apesar dos limites supramencionados, esta dissertação providencia informação útil para as organizações e instituições de prestação de cuidados em adições, o que poderá contribuir para a reflexão dos profissionais sobre o modo como o problema da adição, o tratamento e a recuperação são conceptualizados e profissionalmente experienciados, bem como sobre as suas vivências e necessidades face ao stress profissional experienciado. Considerando que o presente trabalho se baseia na “voz” de técnicos, retratando também uma perspetiva multidisciplinar, dadas as diferentes formações profissionais, pensamos que, ainda que modesta e indiretamente, constitui uma fonte de “inter-aprendizagens”, o que poderá contribuir para a melhoria dos serviços, tanto a nível do cuidado providenciado aos utentes como no que se refere à prevenção da desmotivação, exaustão e stress dos próprios prestadores de cuidados técnicos em adição.

O presente estudo reforça a literatura já existente ao nível dos fatores de *stress* experienciados por técnicos prestadores de cuidados na área das adições e apresenta uma perspetiva em primeira pessoa das suas experiências enquanto prestadores de cuidados, enfatizando a importância de providenciar melhores condições de trabalho e recursos de prevenção e combate do *burnout* nestes profissionais. Neste sentido, os resultados apontam para a importância de se investir na formação mais específica dos profissionais desta área, no reforço da intervenção e supervisão e na disponibilização de apoio psicológico para os mesmos. Atividades como ações de prevenção de *stress* e *burnout* podem ser uma mais-valia, pois permitem trabalhar estratégias de *coping*, estratégias de resolução de conflitos, de comunicação e de promoção de um ambiente positivo, cooperativo e de suporte.

Estudos futuros

Em futuras investigações, será importante diversificar a amostra em termos da área profissional dos técnicos e também dos serviços onde desempenham funções e aumentar a sua dimensão, com o propósito de permitir uma análise diferenciada das experiências entre diferentes profissionais e também entre diferentes serviços. No mesmo sentido, seria também importante incluir profissionais de diferentes áreas geográficas (e.g., rural vs. urbano).

Seria igualmente relevante, o desenvolvimento de estudos que permitissem explorar e aprofundar a especificidade de diferentes eixos de intervenção, para além do tratamento (e.g., intervenção na reinserção, redução de riscos e minimização de danos e

prevenção). Por exemplo, as equipas de rua lidam com consumidores enquanto equipas das comunidades terapêuticas lidam com indivíduos em abstinência (Damari et al., 2021; Malivert et al., 2012).

O desenvolvimento de estudos longitudinais e com abordagens metodológicas mistas seriam também fundamentais para compreender a vivência do *stress* profissional bem como a adaptação e resiliência de profissionais que prestam cuidados na área da adição.

Referências

Aas, C. F., Vold, J. H., Gjestad, R., Skurtveit, S., Lim, A. G., Gjerde, K. V., ... & Fadnes, L. T. (2021). Substance use and symptoms of mental health disorders: a prospective cohort of patients with severe substance use disorders in Norway. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *16*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13011-021-00354-1>

Agberotimi, S. F., Oduaran, C., & Asagba, R. B. (2020). Psycho-social predictors of substance abuse among youths. *Gender & Behaviour*, *18*(2), 15327-15332.

Agbokah, R., Bamfo, H. D., & Nkyi, A. K. (2021). Prevalence of comorbid mental illness, substance use disorders: A study at psychiatric department, Korle-Bu teaching hospital. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, *9*(1), 19–23. <https://doi.org/10.1007/s00127-015-1104-4>

Akbari, H., Motalebi Kashani, M., Ghorbani Pour, R., & Mogharabi Zadeh, N. (2020). Investigating the relationship between the stressors and job leaving intention of health-care centers' managers in Kashan in 2020. *International Archives of Health Sciences*, *7*(3), 149–154. https://doi.org/10.4103/iahs.iahs_39_20

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.

Anyimukwu, C., & Omondi, A. (2020). Assessment of psychosocial interventions in opioid cessation: A systematic review. *Journal of Alcohol & Drug Education, 64*(2), 62-86.

Archibald, M. M., Ambagtsheer, R. C., Casey, M. G., & Lawless, M. (2019). Using zoom videoconferencing for qualitative data collection: Perceptions and experiences of researchers and participants. *International Journal of Qualitative Methods, 18*, 1-8. <https://doi.org/10.1177/1609406919874596>

Azami, M., Pilevarzadeh, M., & Sharifi, N. (2020). The Effect of Information Therapy on Treatment Adherence among Patients Referred to Addiction Treatment Centers. *Addiction & Health, 12*(1), 1-10. <https://dx.doi.org/10.22122/ahj.v12i1.261>

Balandeh, E., Omidi, A., & Ghaderi, A. (2021). A narrative review of third-wave cognitive-behavioral therapies in addiction. *Addiction & Health, 13*(1), 52-65. <https://doi.org/10.22122/ahj.v13i1.298>

Baldwin, L. M., Mollis, B., Witwer, E., Halladay, J. R., Ludden, T., Elder, N., ... & Dolor, R. J. (2020). Increasing collaboration on substance use disorder research with primary care practices through the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of substance abuse treatment, 112*, 34-40.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.02.009>

Bahr, S. J., Harris, P. E., Strobell, J. H., & Taylor, B. M. (2013). An evaluation of a short-term drug treatment for jail inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 57*(10), 1275-1296.

<https://doi.org/10.1177/0306624X12448650>

Banta-Green, C. J., Coffin, P. O., Merrill, J. O., Sears, J. M., Dunn, C., Floyd, A. S., ... & Donovan, D. M. (2019). Impacts of an opioid overdose prevention intervention delivered subsequent to acute care. *Injury prevention*, *25*(3), 191-198. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2017-042676>

Barnett, A., O'Brien, K., Hall, W., & Carter, A. (2020). Support for the psychosocial, disease and brain disease models of addiction: A survey of treatment providers' attitudes in Australia, the UK, and US. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *115*, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108033>

Baumann, S., Gaertner, B., Schnuerer, I., Haberecht, K., John, U., & Freyer-Adam, J. (2015). The impact of a stage tailored intervention on alcohol use trajectories among those who do not intend to change. *Drug and alcohol dependence*, *147*, 167-174. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.11.020>

Beitel, M., Oberleitner, L., Muthulingam, D., Oberleitner, D., Madden, L. M., Marcus, R., ... & Barry, D. T. (2018). Experiences of burnout among drug counselors in a large opioid treatment program: a qualitative investigation. *Substance abuse*, *39*(2), 211-217. <https://doi.org/10.1080/08897077.2018.1449051>

Bettinardi-Angres, K., & Angres, D. H. (2010). Understanding the disease of addiction. *Journal of Nursing Regulation*, *1*(2), 31-37. [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(15\)30348-3](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(15)30348-3)

Birks, M., & Mills, J. (2011). *Grounded theory: A practical guide*. Sage.

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*, 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706QP0630A>

Braun, V., & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. SAGE.

Brorson, H. H., Arnevik, E. A., Rand-Hendriksen, K., & Duckert, F. (2013). Drop-out from addiction treatment: a systematic review of risk factors. *Clinical psychology review*, 33(8), 1010-1024. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.007>

Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis*. sage.

Chen, X., Lv, M., Wang, M., Wang, X., Liu, J., Zheng, N., & Liu, C. (2018). Incidence and risk factors of workplace violence against nurses in a Chinese top-level teaching hospital: A cross-sectional study. *Applied nursing research*, 40, 122-128. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.01.003>

Copello, A., Templeton, L., & Powell, J. (2009). Adult family members and carers of dependent drug users: prevalence, social cost, resource savings and treatment responses. *London: UK Drug Policy Commission*, 50(12), 45-52.

Cox, W. M., Klinger, E., & Fadardi, J. S. (2017). Free will in addictive behaviors: A matter of definition. *Addictive behaviors reports*, 5, 94-103.

<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2017.03.001>

Crapanzano, K., Vath, R. J., & Fisher, D. (2014). Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: harder than it looks. *Academic Psychiatry*, 38(4), 420-425. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0067-1>

Dall'Ora, C., Ball, J., Reinius, M., & Griffiths, P. (2020). Burnout in nursing: a theoretical review. *Human resources for health*, 18, 1-17.

<https://doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9>

Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies and human development*. Sage.

Damari, B., Hajebi, A., & Asgardoan, M. H. (2021). Interventions for Decreasing Drug Abuse and Social Problem in Iran's Comprehensive Mental and Social Health Services. *Iranian Journal of Psychiatry*, *16*(2), 238-242. <https://doi.org/10.18502/ijps.v16i2.5824>

Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., Poorolajal, J. (2015). Alcohol-Related Risk of Suicidal Ideation, Suicide Attempt, and Completed Suicide: A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, *15*(10), 1-14. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126870>

Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands-resources model of burnout. *Journal of Applied psychology*, *86*(3),499-512.

DiFranza, J. R. (2016). Can tobacco dependence provide insights into other drug addictions?. *BMC psychiatry*, *16*(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1074-4>

Dugosh, K., Abraham, A., Seymour, B., McLoyd, K., Chalk, M., & Festinger, D. (2016). A systematic review on the use of psychosocial interventions in conjunction with medications for the treatment of opioid addiction. *Journal of addiction medicine*, *10*(2), 91-101. <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000193>

Ekhtiari, H., Rezapour, T., Aupperle, R. L., & Paulus, M. P. (2017). Neuroscience-informed psychoeducation for addiction medicine: A neurocognitive perspective. *Progress in brain research*, *235*, 239-264. <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2017.08.013>

Elvig, S. K., McGinn, M. A., Smith, C., Arends, M. A., Koob, G. F., & Vendruscolo, L. F. (2021). Tolerance to alcohol: A critical yet understudied factor in alcohol addiction. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 173155. <https://doi.org/10.1016/j.pbb.2021.173155>

Etikan, I., Musa, S. A., & Alkassim, R. S. (2016). Comparison of convenience sampling and purposive sampling. *American Journal of Theoretical and Applied Statistics*, 5(1), 1-4. <https://doi.org/10.11648/j.ajtas.20160501.11>

Kamarudin, E. M., Sulaiman, W. S., Sarnon, N., & Amin, A. S. (2020). The effect of individual psychoeducation intervention on self-efficacy among opioid dependent patients in Methadone clinics. *Journal of Nusantara Studies*, 5(2), 103-128. <http://doi.org/10.24200/jonus.vol5iss2pp103-128>

Ferguson, L. B., Harris, R. A., & Mayfield, R. D. (2018). From gene networks to drugs: systems pharmacology approaches for AUD. *Psychopharmacology*, 235(6), 1635-1662. <https://doi.org/10.1007/s00213-018-4855-2>

Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded theory. In E. M. Fernandes & I. S. Almeida (Eds.). *Métodos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e investigação psicológicas*. (49-76). Centro de estudos em Educação e Psicologia.

Froiland, J. M. (2020). Motivational interviewing (MI). Salem Press Encyclopedia.

Galan, M. (2017). Addictions in the period of the adolescence and their influence on the family life. The perspective of the young adult. *Analele Științifice ale Universității Alexandru Ioan Cuza «din Iași. Sociologie și Asistență Socială*, 10(2), 105-119.

Gamble, J., & O'lawrence, H. (2016). An overview of the efficacy of the 12-step group therapy for substance abuse treatment. *Journal of health and human services administration*, 142-160.

George, O., & Koob, G. F. (2017). Individual differences in the neuropsychopathology of addiction. *Dialogues in clinical neuroscience*, 19(3), 217-229. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2017.19.3/gkoob>

Goodman, D. J., Milliken, C. U., Theiler, R. N., Nordstrom, B. R., & Akerman, S. C. (2015). A multidisciplinary approach to the treatment of co-occurring opioid use disorder and posttraumatic stress disorder in pregnancy: a case report. *Journal of dual diagnosis, 11*(3-4), 248-257. <https://doi.org/10.1080/15504263.2015.1104484>

Grant, J. E., & Chamberlain, S. R. (2016). Expanding the definition of addiction: DSM-5 vs. ICD-11. *CNS spectrums, 21*(4), 300-303. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000183>

Gray, M. T. (2014). Agency and addiction in a harm reduction paradigm: French nurses' perspectives. *Archives of psychiatric nursing, 28*(1), 35-42. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.005>

Guest, G., Namey, E., & Chen, M. (2020). A simple method to assess and report thematic saturation in qualitative research. *PLoS One, 15*(5), 1-17 <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232076>

Hägele, C., Friedel, E., Kienast, T., & Kiefer, F. (2014). How do we 'learn addiction? Risk factors and mechanisms getting addicted to alcohol. *Neuropsychobiology, 70*(2), 67-76. <https://doi.org/10.1159/000364825>

Haruna, M. O., Namadi, M. M., Dunkrah, B. L., Zamfara, M. I., & Dangiwa, A. L. (2018). Substance abuse among youths in Kashere town: A theoretical and empirical analysis. *International Journal of Development and Management Review, 13*(1), 192-203.

Hassanbeigi, A., Askari, J., Hassanbeigi, D., & Pourmovahed, Z. (2013). The relationship between stress and addiction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84*, 1333-1340. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.06.752>

Hicks, B. M., Johnson, W., Durbin, C. E., Blonigen, D. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2014). Delineating selection and mediation effects among childhood personality and environmental risk factors in the development of adolescent substance abuse. *Journal of abnormal child psychology*, *42*(5), 845-859.

<https://doi.org/10.1007/s10802-013-9831-z>

Hogarth, L., Balleine, B. W., Corbit, L. H., & Killcross, S. (2012). Associative learning mechanisms underpinning the transition from recreational drug use to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1282*(1), 12-24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06768.x>

Horváth, Z., & Urbán, R. (2019). Testing the stress-strain-coping-support (SSCS) model among family members of an alcohol misusing relative: The mediating effect of burden and tolerant-inactive coping. *Addictive behaviors*, *89*, 200-205.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.10.010>

Jan, S. U. K., Ali, A., & Ali, S. R. (2016). The role of family in the rehabilitation of drug abuse. *Pakistan Journal of Society, Education and Language (PJSEL)*, *2*(2), 37-48.

Johnson, R. B., & Christensen, L. B. (2004). *Educational Research: Quantitative, Qualitative, and Mixed Approaches*. Allyn and Bacon.

Kandel, D., & Kandel, E. (2015). The Gateway Hypothesis of substance abuse: developmental, biological and societal perspectives. *Acta Paediatrica*, *104*(2), 130-137.

<https://doi.org/10.1111/apa.12851>

Kanmodi, K. K., Omoleke, S. A., Aliyu, C. U., Martins, J. J., Nwafor, N. J., Ogundipe, P. A., & Abdulsemeeh-Omoleke, M. I. (2020). Impact of drug abuse among

students: A case study of the school of health technology, Jega, Kebbi state, Nigeria. *Indian Journal of Public Health*, 11(03), 1583-1587.

Kingston, R. E., Marel, C., & Mills, K. L. (2017). A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. *Drug and Alcohol Review*, 36(4), 527-539. <https://doi.org/10.1111/dar.12448>

Kiluk, B. D., Fitzmaurice, G. M., Strain, E. C., & Weiss, R. D. (2019). What defines a clinically meaningful outcome in the treatment of substance use disorders: reductions in direct consequences of drug use or improvement in overall functioning?. *Addiction*, 114(1), 9-15. <https://doi.org/10.1111/add.14289>

Klostermann, K., & O'Farrell, T. J. (2013). Treating substance abuse: Partner and family approaches. *Social Work in Public Health*, 28(3-4), 234-247. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759014>

Kofler-Westergren, B., Klopf, J., & Mitterauer, B. (2010). Juvenile delinquency: Father absence, conduct disorder, and substance abuse as risk factor triad. *International Journal of Forensic Mental Health*, 9(1), 33-43. <https://doi.org/10.1080/14999013.2010.483345>

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217-238.

Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C., & Tremblay, J. (2018). Facilitators and barriers to family involvement in problem gambling treatment. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 16(2), 291-312. [https://doi.org/10.1007/s11469-017-9742-](https://doi.org/10.1007/s11469-017-9742-2)

[2](#)

Kourgiantakis, T., Ashcroft, R., Mohamud, F., Fearing, G., & Sanders, J. (2021). Family-Focused Practices in Addictions: A Scoping Review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 21(1), 18-53. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1870287>

Kurti, A. N., Keith, D. R., Noble, A., Priest, J. S., Sprague, B., & Higgins, S. T. (2016). Characterizing the intersection of co-occurring risk factors for illicit drug abuse and dependence in a US nationally representative sample. *Preventive medicine*, 92, 118-125. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2016.09.030>

Laeque, S. H., Bilal, A., Babar, S., Khan, Z., & Ul Rahman, S. (2018). How patient-perpetrated workplace violence leads to turnover intention among nurses: the mediating mechanism of occupational stress and burnout. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27(1), 96-118. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1410751>

Lee, J., Kresina, T. F., Campopiano, M., Lubran, R., & Clark, H. W. (2015). Use of pharmacotherapies in the treatment of alcohol use disorders and opioid dependence in primary care. *BioMed Research International*, 2015, 1-11. <https://doi.org/10.1155/2015/137020>

Li, L., Hien, N. T., Lin, C., Tuan, N. A., Tuan, L. A., Farmer, S. C., & Detels, R. (2014). An intervention to improve mental health and family well-being of injecting drug users and family members in Vietnam. *Psychology of Addictive Behaviors*, 28(2), 607–613. <https://doi.org/10.1037/a0033926>

Lucksted, A., McFarlane, W., Downing, D., & Dixon, L. (2012). Recent developments in family psychoeducation as an evidence-based practice. *Journal of*

marital and family therapy, 38(1), 101-121. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00256.x>

Łuczak, A. (2020). Psychosocial Stressors at Work and Stress Prevention Methods among Medical Staff of Psychiatric and Addiction Treatment Wards. In *Emotional Labour in Work with Patients and Clients* (pp. 89-112). CRC Press.

Malivert, M., Fatséas, M., Denis, C., Langlois, E., & Auriacombe, M. (2012). Effectiveness of therapeutic communities: a systematic review. *European addiction research*, 18(1), 1-11. <https://doi.org/10.1159/000331007>

Maslach, C. (1998). A multidimensional theory of burnout. In *Theories of organizational stress* (pp. 68-85). Oxford University Press.

Maslach, C. (2003). *Burnout: The cost of caring*. Ishk.

Mathew, K. J., Regmi, B., & Lama, L. D. (2018). Role of family in addictive disorders. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 22 (1), 65-75.

McCall, J., Phillips, J. C., Estafan, A., & Caine, V. (2019). Exploring the experiences of staff working at an opiate assisted treatment clinic: An interpretive descriptive study. *Applied Nursing Research*, 45, 45–51.

<https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.12.003>

McCann, T. V., Polacsek, M., & Lubman, D. I. (2019). Experiences of family members supporting a relative with substance use problems: a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(4), 902–911.

<https://doi.org/10.1111/scs.12688>

McMullin, S. D., Shields, G. S., Slavich, G. M., & Buchanan, T. W. (2020). Cumulative lifetime stress exposure predicts greater impulsivity and addictive behaviors. *Journal of Health Psychology*, 00(0), 1-16. <https://doi.org/10.1177/1359105320937055>

Meil, W., LaPorte, D., & Stewart, P. (2012). Substance dependence as a neurological disorder. In *Advanced topics in neurological disorders* (pp. 217-242). IntechOpen.

Minhas, M., Murphy, C. M., Balodis, I. M., Acuff, S. F., Buscemi, J., Murphy, J. G., & MacKillop, J. (2021). Multidimensional elements of impulsivity as shared and unique risk factors for food addiction and alcohol misuse. *Appetite*, *159*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.105052>

Mueser, K. T., Crocker, A. G., Frisman, L. B., Drake, R. E., Covell, N. H., & Essock, S. M. (2006). Conduct disorder and antisocial personality disorder in persons with severe psychiatric and substance use disorders. *Schizophrenia bulletin*, *32*(4), 626-636. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj068>

Navabi, N., Asadi, A., & Nakhaee, N. (2017). Impact of Drug Abuse on Family Quality of Life. *Addiction and Health*, *9*(2), 118-119.

NIDA. 2020, June 15. Mental Health Effects. Retirado de <https://www.drugabuse.gov/drug-topics/health-consequences-drug-misuse/mental-health-effects> a 2021, fevereiro 13

Nutt, J. D., & Nestor, J. L. (2018). *Addiction*. Oxford University Press.

O'Farrell, T. J., Schumm, J. A., Murphy, M. M., & Muchowski, P. M. (2017). A randomized clinical trial of behavioral couples therapy versus individually-based treatment for drug-abusing women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *85*(4), 309–322. <https://doi.org/10.1037/ccp0000185>

Ólafsdóttir, J., Orjasniemi, T., & Hrafnadóttir, S. (2020). Psychosocial distress, physical illness, and social behaviour of close relatives to people with substance use

disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 20(2), 136-154.

<https://doi.org/10.1080/1533256X.2020.1749363>

Orford, J., Velleman, R., Natera, G., Templeton, L., & Copello, A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. *Social science & medicine*, 78, 70-77.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.11.036>

Pederson, S. D., Curley, E. J., & Collins, C. J. (2021). A Systematic Review of Motivational Interviewing to Address Substance Use with Justice-Involved Adults. *Substance Use & Misuse*, 56(5), 639-649.

<https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1887247>

Percy, W. H., Kostere, K., & Kostere, S. (2015). Generic qualitative research in psychology. *The Qualitative Report*, 20(2), 76-85. [https://doi.org/10.46743/2160-](https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2097)

[3715/2015.2097](https://doi.org/10.46743/2160-3715/2015.2097)

Pokrajac, T., Nolimal, D., & Leskovsek, E. (2016). Stigma, drug addiction and treatment utilisation: PWUD perspective. *Journal of Drug Abuse*, 2(4), 1-6.

<https://doi.org/10.21767/2471-853X.100037>

Rahim, S. E., Yulestri, Y., Muntaha, A., Ekawati, D. E., Rawalilah, H., Harokan, A., & Husin, H. (2020). Effect of family, community and education environment on prevention of drug abuse in high school students. *Sriwijaya Journal of Environment*, 5(3), 156-160. <https://doi.org/10.22135/sje.2020.5.3.156-160>

<https://doi.org/10.22135/sje.2020.5.3.156-160>

Rahmati, A., Zeraat Herfeh, F., & Hosseini, S. O. (2019). Addicted people's experiences of the consequences of substance abuse on their lives: a phenomenology study. *Journal of Research and Health*, 9(2), 112-124.

<http://doi.org/10.29252/jrh.9.2.112>

Ranjbaran, M., Mohammadshahi, F., Mani, S., & Karimy, M. (2018). Risk factors for addiction potential among college students. *International journal of preventive medicine*, 9(17), 1-4. http://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_403_16

Rizk, M. M., Herzog, S., Dugad, S., & Stanley, B. (2021). Suicide risk and addiction: the impact of alcohol and opioid use disorders. *Current addiction reports*, 8,1-14. <http://doi.org/10.1007/s40429-021-00361-z>

Roy, R. (2018). Psychosocial factors contributing towards substance abuse among adolescents - A qualitative study. *Journal of Psychosocial Research*, 13(2), 425-433. <http://doi.org/10.32381/JPR.2018.13.02.17>

Sarfaraz, S. F. (2012). Consequences of drug abuse on spouses of drug addicts in Karachi. *Pakistan Journal of Gender Studies*, 6(1), 251–262. <https://doi.org/10.46568/pjgs.v6i1.413>

Schumm, J. A., O'Farrell, T. J., Murphy, M. M., & Muchowski, P. (2019). Efficacy of behavioral couples therapy versus individual recovery counseling for addressing posttraumatic stress disorder among women with drug use disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 32(4), 595–605. <https://doi.org/10.1002/jts.22415>

Setia M. S. (2016). Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. *Indian journal of dermatology*, 61(3), 261–264. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.182410>

Shafiee, S. A., Razaghi, E., & Vedadhir, A. A. (2019). Multi-level approach to theories of addiction: a critical review. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 13(2), 1-12. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.88881>

Shamsaei, F., Baanavi, M., Hassanian, Z. M., & Cheraghi, F. (2019). The impact of addiction on family members mental health status. *Current Drug Research Reviews*

Formerly: *Current Drug Abuse Reviews*, 11(2), 129-134.

<https://doi.org/10.2174/2589977511666190319162901>

Sharma, J., & Sharma, A. (2017). Risk factors in alcoholism: The role of family environment. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 8(11), 1347-1352.

Simon, R., & West, R. (2015). Models of addiction and types of interventions: An integrative look. *The International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1), 13-20.

<https://doi.org/10.7895/ijadr.v4i1.198>

Sinha, R. (2013). The clinical neurobiology of drug craving. *Current opinion in neurobiology*, 23(4), 649-654. <https://doi.org/10.1016/j.conb.2013.05.001>

Swendsen, J., Conway, K. P., Degenhardt, L., Dierker, L., Glantz, M., Jin, R., ... & Kessler, R. C. (2009). Socio-demographic risk factors for alcohol and drug dependence: the 10-year follow-up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 104(8), 1346-1355. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02622.x>

Szott, K. (2015). Contingencies of the will: Uses of harm reduction and the disease model of addiction among health care practitioners. *Health*, 19(5), 507-522. <https://doi.org/10.1177/1363459314556904>

Tracy, S. J. (2019). *Qualitative research methods: Collecting evidence, crafting analysis, communicating impact*. John Wiley & Sons.

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and alcohol dependence*, 134, 92-98.

<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.09.012>

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2015a). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: systematic review. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 57(7), 489-497. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2015b). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 539-549.

<https://doi.org/10.1177/0020764014562051>

Vaughn, M. G., Salas-Wright, C. P., & Reingle-Gonzalez, J. M. (2016). Addiction and crime: The importance of asymmetry in offending and the life-course. *Journal of addictive diseases*, 35(4), 213-217. <https://doi.org/10.1080/10550887.2016.1189658>

Velando-Soriano, A., Ortega-Campos, E., Gómez-Urquiza, J. L., Ramírez-Baena, L., De La Fuente, E. I., & Cañadas-De La Fuente, G. A. (2020). Impact of social support in preventing burnout syndrome in nurses: A systematic review. *Japan Journal of Nursing Science*, 17(1), 1-10. <https://doi.org/10.1111/jjns.12269>

Voce, A., Calabria, B., Burns, R., Castle, D., & McKetin, R. (2019). A systematic review of the symptom profile and course of methamphetamine-associated psychosis: substance use and misuse. *Substance use & misuse*, 54(4), 549-559. <https://doi.org/10.1080/10826084.2018.1521430>

Walton, M. T., & Hall, M. T. (2016). The effects of employment interventions on addiction treatment outcomes: a review of the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 16(4), 358-384. <https://doi.org/10.1080/1533256X.2016.1235429>

Wang, M., Pinilla, G., Leung, C., Peddada, A., Yu, E., Akmal, S., ... & Kaplin, A. (2021). Relapse risk factors for patients with comorbid affective disorders and substance abuse disorders from an intensive treatment unit. *The American Journal on Addictions*, 1-7. <https://doi.org/10.1111/ajad.13192>

Wedin, A., Sandström, S., Sandström, L., & Forsberg, A. (2020). Critical care nurses' experiences of nursing intoxicated patients after abuse of drugs. *Nursing in Critical Care*, 25(4), 1-7. <https://doi.org/10.1111/nicc.12533>

Wilson, S. R., Rodda, S., Lubman, D. I., Manning, V., & Yap, M. B. (2017). How online counselling can support partners of individuals with problem alcohol or other drug use. *Journal of substance abuse treatment*, 78, 56-62.

<https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.04.009>

World Health Organization. (2020). Key principles and standards for the treatment of drug use disorders. In *International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing* (pp. 7-14). World Health Organization.

You, Y. H., Lu, S. F., Tsai, C. P., Chen, M. Y., Lin, C. Y., Chong, M. Y., ... & Wang, L. J. (2020). Predictors of five-year relapse rates of youths with substance abuse who underwent a family-oriented therapy program. *Annals of general psychiatry*, 19(1), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12991-020-00269-4>

Young, S. (2015). Understanding substance abuse counselor turnover due to burnout: A theoretical perspective. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 25(6), 675-686. <https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1013658>

Zimić, J. I., & Jukić, V. (2012). Familial risk factors favoring drug addiction onset. *Journal of psychoactive drugs*, 44(2), 173-185.

<https://doi.org/10.1080/02791072.2012.685408>

Anexo

Tabela com categorias e subcategorias centrais

Tabela 1

Sobre o problema

Contorno conceptual de adição – Doença, Problema (s) de saúde mental e Dependência

Doença ou problema de saúde mental

Impacto físico

Dependência

Compulsão/Impulsividade

Comorbilidade

Pobreza psicológica

Processo auto-destrutivo

O desenvolvimento da Adição

Da Experimentação à Dependência

Contestação de causalidade linear

Batalha entre Fatores Protetores e Fatores de Vulnerabilidade e Risco

Batalha de fatores protetores e fatores de risco

Fatores protetores

Figura estruturante

Não aceitação familiar do consumo

Não aceitação social do consumo

A intensificação do ciclo vicioso

Habituação orgânica progressiva

Efeitos recompensadores imediatos

A natureza da adição

Multideterminada

Fatores intra-individuais

Fatores intra-individuais biológicos

Adaptação orgânica

Genética

Aspetos neurológicos

Fatores intra-individuais psicológicos

Coping face a problemas - Coping inadaptativo

Personalidade

Insuficiência de competências pessoais

Psicopatologia e perturbação

Relação com a substância de consumo

Ausência de objetivos de vida

Experimentação do consumo

Circunstâncias de vida adversas

Fatores contextuais

Família

Comportamentos aditivos dos pais

Incentivo e aceitação dos consumos

Disfuncionalidade familiar

Rede de pares

Contexto comunitário

Consumos na comunidade

Permissividade

Acesso fácil

Zonas de tráfico

Fatores socioculturais

Cultura do álcool

Valorização social

Despatologização do alcoolismo

O poder da substância

Propriedades da substância

Efeitos recompensadores e imediatos

Poder da substância sobre o indivíduo

Multiplicador de problemas

Nível individual

Degradação da saúde física e morte

Impacto psicológico

Psicopatologia

Alterações da personalidade

Sofrimento

Estilo de vida

Situação laboral

Situação económica

Trajectoria autodestrutiva

Nível familiar

Sufrimento e destruição da família

Descrença na recuperação

Perda e distanciamento

Nível social

Problema laborais

Isolamento e marginalização

Estigmatização

Criminalidade

Destrutiva e autodestrutiva

Tabela 2

Sobre eixos de atuação

Tratamento e Recuperação

Princípios-guia do tratamento

Singularidade na intervenção

Respeito pelas necessidades e escolhas do utente

Contextualização do problema e da pessoa

Envolvimento da família e das redes

Contexto colaborativo

Intervenção multidisciplinar

As motivações para o tratamento e recuperação

Motivação intrínseca

Doença e consciência da proximidade da morte

Desgaste com a vida de consumos

Envelhecimento

Consciência de autodestruição

Motivação extrínseca

Coerção judicial

Coerção laboral

Pressão conjugal e familiar

Modalidades de tratamento e focos estratégicos

Modalidades de tratamento

Intervenção farmacológica

Intervenção familiar

Psicoeducação

Entrevista motivacional

Avaliação psicológica

Follow-up

Focos estratégicos

Motivação para a recuperação

Reconhecimento do problema

Reflexividade e planeamento do percurso

Desenvolvimento de competências

Alteração de estados e padrões emocionais

Integração de história de vida

Reforço do envolvimento e apoio familiar

Preparação da família para a recuperação do indivíduo

Estabilização cognitiva

Estabilização física

Acompanhamento espiritual

Co-avaliação final sobre a evolução

Partilha de informação em grupo

Prevenção da recaída

Multifatorialidade da eficácia e Recuperação

Fatores associados à eficácia do tratamento e recuperação

Sistema de intervenção

Contexto colaborativo

Acompanhamento terapêutico

Intervenção com a família

Programa de substituição

Intervenção multidisciplinar

Respostas sociais

Qualidade das relações na equipa
Intervenções laborais
Controlo farmacológico da ansiedade
Grupos de autoajuda
Rede de articulação com interventores
Serviços de estabilização de consumos

Técnico

Relação de proximidade-aliança
Respeito e adaptação ao indivíduo
Foco da motivação
Orientação para as competências

Indivíduo

Motivação intrínseca e consciencialização do indivíduo
Condições socioeconómicas
Objetivos e planos de vida
Competências do indivíduo
Capacidade reflexiva
Bem-estar físico

Família

Suporte familiar
Gestão de conflitos familiares
Conjugalidade estável
Existência de filhos
Apoio dos filhos

Janelas para a recuperação

Recuperação difícil

Prevalência de recaídas

Imprevisibilidade da recuperação

Funcionalidade

Tabela 3

Sobre stress e coping profissional

Desequilíbrios

Fontes e fatores de *stress*

Intervenção

Impotência estratégica

Casos mais difíceis

Incerteza da eficácia de intervenção

Exigência

Trabalhar sem experiência inicial

Fracasso

Gestão de conflitos no grupo terapêutico

Utente

Processo de mudança

Recaída após evolução positiva ou alta

Motivação dos utentes

Dificuldades na adesão ao tratamento

Comportamento dos utentes

Emocionalidade negativa dos utentes

Doença e morte dos utentes

Falta de recursos socioeconómicos

Expetativas irrealistas

Necessidade de policiar os utentes

Instituição

Stress decorrente da equipa

Dificuldades na estrutura e organização

Famílias dos utentes

Exigência familiar de recuperação do individuo

Incapacidade de reorganização e envolvimento familiar

Conflitualidade individuo-família com triangulação do técnico

Macro-sistema

Falta de recursos na sociedade

Relações difíceis com outras instituições

Estados emocionais associados ao stress

Frustração

Desgaste e exaustão

Tristeza

Irritabilidade e zanga

Medo

Desconforto na equipa

Vazio

Transformações pessoais negativas

Ansiedade extrema e somatização

Preocupação persistente com a possibilidade de familiares poderem vir a desenvolver uma dependência

Dessensibilização

Equilíbrios

Recursos e estratégias de *coping*

Estratégias de *coping*

Trabalho

Estratégias de *coping* cognitivas

Relativizar e aceitar

Reflexividade

Positividade/foco nas competências/acreditar

Dominar o conhecimento

Aumentar a experiência

Estratégias no domínio relacional

Procura de suporte da equipa

Supervisão

Vida pessoal

Estratégias de autocuidado

Momentos para desligar do quotidiano profissional

Atividades e *hobbies*

Contexto familiar

Definição de limites trabalhos-família

Procura de apoio e proximidade familiar

Partilha de situações familiares com rede familiar e social

Recursos

Recursos pessoais

Gostar do trabalho

Domínio do conhecimento

Equipa

Suporte/coesão da equipa

Estabilidade

Fatores de Gratificação

Mudanças nos utentes

Mudanças na vida das pessoas

Recuperação do utente

Perceção de ser útil

Qualidade de vida dos utentes

Gostar do que se faz

Relação com os utentes

Relação de aliança com os doentes

Acompanhamento da vida dos utentes

Gratidão

Desistir ou persistir?

Vontade de abandonar a área

Sim

Não

Ambivalência

Tabela 4
Sobre sinais de resiliência - Metamorfoses

Transformações pessoais positivas

Crescimento pessoal

Desenvolvimento de competências específicas

Aumento da capacidade empática

Lidar construtivamente com a adversidade

Reflexão pessoal sobre a vida

Visão sobre a vida e sobre os outros

Crescimento profissional
