



Universidade Católica Portuguesa

**INDICADORES DE RESULTADO SENSÍVEIS AOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PESSOAS  
CONSUMIDORAS DE DROGAS**

Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Paulo Seabra

Instituto de Ciências da Saúde

Agosto, 2014



Universidade Católica Portuguesa

**INDICADORES DE RESULTADO SENSÍVEIS AOS  
CUIDADOS DE ENFERMAGEM COM PESSOAS  
CONSUMIDORAS DE DROGAS**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem

Área de especialização em Enfermagem Avançada

Por Paulo Seabra

Sob a orientação do Professor Doutor Luís Sá

Co-orientação do Professor Doutor José Amendoeira

Instituto de Ciências da Saúde

Agosto, 2014



## Agradecimentos

Aos orientadores desta tese, Professor Doutor Luís Sá e Professor Doutor José Amendoeira, pela sábia orientação, incentivo e exigência de rigor.

Prof<sup>a</sup> Medeiros Garcia, Prof<sup>a</sup> Sarreira Santos, por tudo (pela colaboração, pelo incentivo, por acreditarem, por darem força, pela amizade) e por mais ainda, sem vocês este caminho não teria sido possível.

Prof. Doutor Joaquim Lopes, Prof<sup>a</sup> Doutora Helena José, Prof<sup>a</sup> Doutora Maria Anjos Dixe, Prof<sup>a</sup> Doutora Margarida Vieira, Prof<sup>o</sup> Doutor Manuel Luís Capelas, Prof<sup>a</sup> Doutora Amélia Simões Figueiredo, Prof<sup>a</sup> Doutora Ana Silva, Prof<sup>o</sup> Doutor Sérgio Deodato, Prof<sup>a</sup> Filipa Veludo, Prof<sup>a</sup> Ana Resende, Professora Doutora Zaida Charepe, por estarem comigo em diferentes fases mas com contributos fundamentais para o percurso.

Aos colegas Margarida Santo, Carla Matias, Ana Lopes, João Meira, Isabel Franco, Leonor Teixeira, Alcides Rodrigues, Jorge Guilherme, Ana Rodrigues, Sandra Gonçalves, Célia, Janete Ferreira, pela colaboração, pelo incentivo, e por serem facilitadores de uma etapa difícil mas de grande companheirismo.

À Sra. Enf<sup>a</sup> Elsa Coutinho, ao Dr. António Maia pelo suporte institucional e por terem acreditado no projeto.

Ao meu amigo Nuno Cotralha por ter sido um dos primeiros a acreditar que eu era capaz.

Por fim, um agradecimento muito especial aos utentes que aceitaram participar. Este trabalho é sobre eles e para eles pois, aquilo que partilharam poderá permitir que os cuidados de saúde possam responder melhor às necessidades das pessoas que consomem drogas.



## **Resumo**

**Introdução:** A dependência de drogas é um problema multidimensional com repercussões que frequentemente são associadas a estados de menor bem-estar e sofrimento. É um foco de atenção para os profissionais de saúde e para os enfermeiros em particular.

Os cuidados de enfermagem, em resposta às necessidades dos consumidores de drogas, devem ser monitorizados tendo em vista a adequação a essas necessidades. O conjunto de intervenções constitui o processo de cuidados, influenciado pelos fatores estruturais das pessoas alvo de cuidados, dos enfermeiros e das próprias unidades onde os cuidados são prestados.

A inexistência de estudos em Portugal, sobre a efetividade das intervenções de enfermagem, com pessoas que consomem drogas, levou-nos à procura de uma metodologia que fornecesse uma matriz de análise que se revelasse adequada e tivesse sido usada no estudo da efetividade dos cuidados de enfermagem em outros contextos. Escolhemos o Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem, que através da análise da relação entre variáveis de estrutura, processo e resultado, possibilita: uma visão sobre a efetividade dos cuidados de enfermagem; verificar a sensibilidade dos resultados em saúde, aos cuidados de enfermagem e, identificar um conjunto de indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Pretendíamos apurar se a qualidade de vida, a saúde mental e as consequências da dependência de substâncias, em dependentes de drogas, são sensíveis aos cuidados de enfermagem e perceber que fatores se relacionam com estes resultados funcionais.

Assim, realizamos um estudo que teve como **objetivo geral**, identificar os fatores que contribuem para a obtenção de melhores resultados funcionais em pessoas consumidoras de drogas, integradas num programa de metadona.

**Metodologia:** Realizamos um estudo quantitativo, exploratório correlacional-preditivo, com uma abordagem transversal. Recolhemos dados de duas amostras, 180 participantes-utentes selecionados de forma aleatória (60 em cada unidade) e 10 participantes-enfermeiros (total das 3 equipas).

Os dados foram recolhidos por questionário de auto resposta, com questões de caracterização sociodemográfica e instrumentos que caracterizam variáveis estruturais, de processo e de resultado. Com os enfermeiros, para caracterização estrutural, utilizamos a versão portuguesa do Job Diagnostic Survey (JDS). Com os utentes e para avaliar os resultados funcionais, utilizamos a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida nos Consumidores de Substâncias em Programa de Substituição com Metadona, a versão portuguesa do Mental Health Inventory (MHI5), o

resultado NOC Consequências da Dependência de Substâncias e a Escala de Satisfação com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (SUCECS26).

O tratamento e análise dos dados foram realizados recorrendo à estatística descritiva e inferencial. Recorremos essencialmente a testes paramétricos e utilizamos o modelo de equações estruturais para analisar um conjunto de relações entre variáveis, com base no modelo teórico.

**Resultados:** As hipóteses colocadas, que tinham como propósito, orientar a análise das relações entre as variáveis de estrutura, de processo e de resultado, confirmaram a existência de relações significativas.

Na dimensão estrutural, a formação de especialização em enfermagem de saúde mental, surgiu como o indicador mais relacionado com a afirmação de realização de mais intervenções de enfermagem e, a perceção de menores condições do trabalho, como um indicador relevante para condicionar o desempenho dos enfermeiros.

Na dimensão processo, verificamos que equipas com um padrão mais uniforme de intervenção, promovem mais satisfação com os cuidados de enfermagem. Os enfermeiros intervêm de forma mais efetiva quando os utentes apresentam mais consequências da dependência de substâncias.

Na dimensão de resultados, constatamos relações significativas entre variáveis estruturais e os resultados funcionais. Variáveis como desemprego, comorbilidades, policonsumo, idade de início de consumos, maior número de reentradas, associam-se à perceção de menores resultados funcionais. Por outro lado, viver maritalmente, mais habilitações, emprego, profissão qualificada, ausência de comorbilidades, menor consumo, maior permanência nos programas, associam-se à perceção de melhores resultados funcionais. Verificamos valores positivos de qualidade de vida, de saúde mental e das consequências da dependência de substâncias.

Através do modelo de equações estruturais confirmamos que o “papel de enfermagem” incluindo variáveis como a formação especializada, as condições de trabalho, o número de intervenções e a satisfação com os esses cuidados, justifica 29% da variação dos “resultados clínicos e funcionais” que inclui variáveis como a qualidade de vida, a saúde mental, as consequências da dependência, as comorbilidades e o número de substâncias consumidas.

**Discussão:** A confirmação da existência de relações significativas, entre as dimensões, aponta para que a efetividade das intervenções seja uma realidade e, evidencia a sensibilidade dos resultados funcionais, aos cuidados de enfermagem. Os dados que emergiram da verificação das hipóteses foram refletidos com base nos conceitos pessoa, saúde, ambiente e cuidados de

enfermagem, o que nos ajudou na identificação de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem e indicadores relacionados com o processo de cuidados.

A formação foi o fator que mais se destacou na relação com as intervenções de enfermagem, contrariamente ao que se esperaria face à experiência profissional, que surgiu neste estudo condicionada pela perceção das condições de trabalho. Os utentes assinalaram maior satisfação com os cuidados, na equipa que centra a sua intervenção na promoção do autocuidado e na avaliação das necessidades através da relação terapêutica. Os resultados funcionais relacionaram-se de forma significativa entre si e com a satisfação face aos cuidados de enfermagem. O resultado com menor valor foi a saúde mental.

**Conclusão:** Os dados reforçam na matriz do Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem, a relação entre as variáveis estruturais dos utentes e os resultados. O papel de enfermagem e a sua influência na variação dos resultados clínicos e funcionais, testado no modelo de equações estruturais, reforça a possibilidade de afirmarmos que os resultados funcionais são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Os indicadores de resultado identificados podem contribuir para melhor planeamento dos cuidados de enfermagem, perspetivando mais efetividade.

**Palavras-chave:** Enfermagem; Efetividade; Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem; Dependência de drogas; Saúde mental; Indicadores empíricos.



## **Abstract**

**Introduction:** Drug addiction is a multidimensional problem with repercussions that are often associated with lower welfare states and suffering. It is a focus for health professionals and nurses in particular.

Nursing care in response to drug addicts needs, should be monitored in order to fit those needs. The set of interventions is the process of care, which is influenced by patients structural factors, nurses factors and from the own units where care is provided.

The lack of studies in Portugal, on the nursing interventions effectiveness in the context of drug addicts nursing care, led us to search for a methodology that provides a relevant suitable matrix for analysis and that it had been used in study of the nursing care effectiveness in other contexts. We chose the Nursing Role Effectiveness Model that by analyzing the structure, process and outcome variables relationship lets us to determine the nursing care effectiveness, check the nursing sensitivity health outcomes and identify a set of nursing sensitive outcomes indicators.

We wanted to study if quality of life, mental health and substance dependence consequences, in a drug addicts outpatient community, and understand the factors that are relate to these functional results. Thus, we conducted a study which main goal was to identify the factors that contribute to achieving better functional outcomes in drug addicts, integrated in a methadone maintenance program.

**Methods:** We performed a cross-sectional, exploratory, quantitative, correlational-predictive study. We collected data from two samples, 180 randomly selected participants- users (60 in each unit) and 10 participants-nurses (total of 3 teams).

Data were collected by self response questionnaire with socio-demographic issues characterization and instruments that characterize structural, process and outcome variables. With nurses, to structural characterization, we use the Portuguese version of the Job Diagnostic Survey (JDS). With users and to evaluate the functional outcomes, we used the Drug addicts in a methadone substitution program quality of life Scale, the Portuguese version of the Mental Health Inventory (MHI5), the result NOC Substance dependence Consequences and Nursing care at the primary health centre satisfaction Scale (SUCECS26).

Data were processed and analyzed using descriptive and inferential statistics. We use parametric tests mostly and used the structural equation model to analyze a set of relationships between variables, based on the theoretical model.

**Results:** The hypothesis made to guide structure, process and outcome variables relationships analysis, confirmed the existence of significant relationships.

In the structural dimension, the educational expertise in mental health nursing, seems to be the main indicator associated with more interventions, and the minor working conditions perception, seems to be an important indicator to decrease nurse's performance.

In the process dimension, we found that teams with a more uniform pattern of interventions, promote more nursing care satisfaction. Nurses intervene more effectively when users have more substance dependence consequences.

In the results dimension, we found significant relationships between structural variables and functional outcomes. Variables such as unemployment, comorbidities, multiple drug use, age of onset of consumption, the higher number of re-entries, are associated with lower functional outcomes perception. On the other hand, living maritally, more qualifications, employment, skilled profession, comorbidities absence, lower consumption, longer stay in the programs, are associated with better functional outcomes perception. Positive values of quality of life, mental health and substance dependence consequences were observed.

Through structural equation model we confirmed that the "nursing role" including variables such as specialized training, working conditions, number of interventions and nursing care satisfaction, it justifies 29% of "clinical and functional outcomes" variation which includes quality of life, mental health, addiction consequences, comorbidities and the number of consumed substances variables.

**Discussion:** The confirmation of significant relationships between dimensions, points that interventions effectiveness is a reality, and demonstrates the functional outcomes nursing care sensitivity. The data that emerged from hypotheses were reflected based on person, health, environment and nursing care concepts, which helped us to identify nursing care sensitive outcome indicators and indicators related to the care process.

The expertise specialization was the factor that most stood out in relation to nursing interventions, contrary to what one would expect given the professional experience that emerged in this study influenced by the working conditions perception. Users indicated greater care satisfaction with the team that focuses its intervention in promoting self-care and needs assessment through the therapeutic relationship. The functional outcomes were related significantly with each other and with nursing care satisfaction. Mental health was the lowest outcome value.

**Conclusion:** Data reinforce in the Nursing Role Effectiveness Model, the relationship between patients structural variables and outcomes. The nursing role and its influence on the clinical and functional outcomes variation, tested in structural equation model, enhance the possibility of affirming that the functional outcomes are nursing care sensitive. Outcome indicators identified can contribute to better nursing care planning, looking for more effectiveness.

**Key-Words:** Nursing; Effectiveness; Nursing sensitive outcomes; Drug addiction, Mental health; Empirical indicators.



### **Siglas**

CC – Concelho científico

CDS – Consequências da dependência de substâncias

DRLVT – Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo

ET – Equipa de tratamento

CRI – Centro de Respostas Integradas

IDT, IP – Instituto da Droga e da toxicodependência, Instituto público

ICC – Inventário de Comportamento de Cuidar

JDS – Job Diagnostic Survey

KMO - kaiser-Meyer-Olkin

KW – Kruskal Willis

MHI5 – Mental health inventory 5

NREM – Nursing Role Effectiveness Model

NOC – Nursing Outcomes Classification

TP – Tempo de programa

QV – Qualidade de vida

RRMD – Redução de riscos e minimização de danos

SM – Saúde mental

SW – Shapiro Wilk

UCP – Universidade Católica Portuguesa

### ***Abreviaturas***

Enf.º - Enfermeiro

nº - Número



## **ÍNDICE GERAL**

---

<i>Siglas e abreviaturas</i> .....	<i>xiii</i>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>1</b>
<b>CAPITULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>7</b>
1 – METAPARADIGMA COMO ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO TEÓRICA .....	9
2 – A PROBLEMÁTICA DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS.....	14
3 – OS ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS .....	22
4 – ENFERMAGEM E AS NECESSIDADES DOS CONSUMIDORES .....	28
5 - O MODELO DA EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM.....	35
5.1 – As proposições do modelo .....	36
5.2 - Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem .....	42
<b>CAPITULO II – METODOLOGIA</b> .....	<b>51</b>
1 - DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO.....	53
1.1 - Problema de investigação .....	53
1.2 - Questões de investigação .....	55
1.3 - Objetivos .....	56
1.4 – Desenho de investigação .....	57
1.5 - Hipóteses .....	58
1.6 – A construção do instrumento de recolha de dados .....	60
1.7 – A seleção das unidades e dos participantes.....	68
1.8 - Procedimentos éticos .....	74
1.9 - Tratamento e análise dos dados .....	75
<b>CAPITULO III – RESULTADOS</b> .....	<b>79</b>
1 – FIABILIDADE E VALIDADE DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO .....	81
2 – RESULTADOS DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO.....	96
2.1 - Variáveis estruturais .....	96
2.1.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes-utentes.....	96
2.1.2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes- enfermeiros.....	106
2.1.3 - Caracterização das unidades .....	109
2.2 - Variáveis de processo.....	112
2.2.1 – Intervenções .....	112
2.3 - Variáveis de resultado.....	115
2.3.1 – Resultados diretamente relacionados com o processo.....	115

2.3.2 – Resultados funcionais .....	119
2.3.3 - Relação entre instrumentos QV, MHI5, CDS, SUCECS22 .....	123
2.4 - Relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes com os instrumentos .....	125
2.5 - Relação entre variáveis sociodemográficas, profissionais e de intervenção dos enfermeiros com o JDS .....	126
3 – VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES .....	127
4 – A SENSIBILIDADE DOS RESULTADOS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	165
4.1 – A relação entre variáveis de estrutura, processo e resultado .....	165
4.2 – O Modelo de Equações Estruturais .....	170
5 – SÍNTESE DE RESULTADOS .....	174
<i>CAPITULO IV – DISCUSSÃO E CONCLUSÃO</i> .....	187
1 – CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS. A BASE PARA A TEORIZAÇÃO .....	189
2 – DOS RESULTADOS AOS INDICADORES .....	193
3 - MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DA ENFERMAGEM. PROPOSTA PARA UMA NOVA MATRIZ.....	206
4 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO .....	208
5 – A TESE: INDICADORES DE RESULTADO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	213
6 – CONCLUSÃO .....	219
<i>BIBLIOGRAFIA</i> .....	227
<i>Anexos</i> .....	245
<i>Anexo I – Cronograma</i> .....	247
<i>Anexo II – Salvaguarda dos aspetos éticos</i> .....	251
<i>Anexo III – Instrumentos de recolha de dados - utentes</i> .....	261
<i>Anexo IV – Instrumento de recolha de dados – enfermeiros</i> .....	271
<i>Anexo V – Parecer da comissão avaliadora para o registo definitivo</i> .....	285
<i>Anexo VI – Protocolo da revisão sistemática da literatura</i> .....	289
<i>Anexo VII – Procedimentos para a análise fatorial dos instrumentos</i> .....	293
<i>Anexo VIII – Dados de estatística descritiva dos participantes-utentes</i> .....	301
<i>Anexo IX– Dados de estatística descritiva dos participantes-enfermeiros</i> .....	315
<i>Anexo X – Matriz de relação entre variáveis estruturais, de processo e de resultado</i> .....	319

## ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – CARGAS FATORIAIS E VARIÂNCIA NA ESCALA QV COM 3 FATORES .....	83
TABELA 2 - ESTRUTURA FATORIAL DA ESCALA QV E COEFICIENTE DE CONSISTÊNCIA INTERNA .....	84
TABELA 3 - CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS QV E A ESCALA TOTAL .....	84
TABELA 4 - ESTRUTURA FATORIAL DO MHI5 E COEFICIENTE DE CONSISTÊNCIA INTERNA.....	85
TABELA 5 - CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS SM E A ESCALA TOTAL.....	85
TABELA 6 - CARGAS FATORIAIS NOS FATORES ENCONTRADOS NA ESCALA CDS .....	89
TABELA 7 - ESTRUTURA FATORIAL DA ESCALA CDS E COEFICIENTE DE CONSISTÊNCIA INTERNA .....	89
TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS CDS E A ESCALA TOTAL .....	90
TABELA 9 - CONCORDÂNCIA INTER-EXAMINADORES .....	91
TABELA 10 - CARGAS FATORIAIS E VARIÂNCIA POR FATOR.....	93
TABELA 11 - ESTRUTURA FATORIAL DO FORMULÁRIO SUCECS22 E COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS SUBESCALAS .....	94
TABELA 12 - RELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS E ENTRE SUBESCALAS E ESCALA TOTAL SUCECS22 .....	94
TABELA 13 - ITENS POR FATOR E COEFICIENTES DE CONSISTÊNCIA INTERNA DAS SUBESCALAS JDS .....	95
TABELA 14 - RELAÇÃO ENTRE SUBESCALAS E ESCALA TOTAL JDS .....	95
TABELA 15 - DIFERENÇA PÓS-HOC (BONFERRONI) DE MÉDIAS DE IDADE DOS PARTICIPANTES .....	98
TABELA 16 - ESTADO CIVIL DOS PARTICIPANTES .....	98
TABELA 17 - ESTADO CIVIL SEGUNDO O GÊNERO DOS PARTICIPANTES.....	99
TABELA 18 - DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL FILHOS PELA VARIÁVEL GÊNERO .....	99
TABELA 19 – HABILITAÇÕES LITERÁRIAS DOS PARTICIPANTES.....	100
TABELA 20 – PROFISSÃO DOS PARTICIPANTES .....	100
TABELA 21 – RENDIMENTO DOS PARTICIPANTES.....	102
TABELA 22 - HISTÓRIA TOXICOLÓGICA DOS PARTICIPANTES POR UNIDADE .....	103
TABELA 23 - IDADE DE INÍCIO DE CONSUMOS POR FAIXAS ETÁRIAS.....	103
TABELA 24 – SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS PELOS PARTICIPANTES POR UNIDADE.....	104
TABELA 25 - NÚMERO DE SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS PELOS PARTICIPANTES POR UNIDADE .....	104
TABELA 26 – CONSUMOS IV ANTES E APÓS A ENTRADA NO PROGRAMA .....	105
TABELA 27 - HABILITAÇÕES DOS ENFERMEIROS .....	107
TABELA 28 - FORMAÇÃO PÓS GRADUADA DOS ENFERMEIROS.....	108
TABELA 29 – MESES DE EXPERIÊNCIA COM DEPENDENTES .....	109
TABELA 30 - HORAS DE ATENDIMENTO DIRETO E INDIRETO POR EQUIPA .....	110
TABELA 31 - PERCEÇÃO DO TEMPO PARA OS CUIDADOS DIRETOS E INDIRETOS .....	110
TABELA 32 - RÁCIO ENFERMEIRO / UTENTE EM CADA EQUIPA.....	111
TABELA 33 - VALORES DA ESCALA E SUBESCALAS JDS .....	112
TABELA 34 - NÚMERO MÉDIO DE INTERVENÇÕES POR EQUIPA.....	113
TABELA 35 - NÚMERO DE INTERVENÇÕES SISTEMÁTICAS NAS EQUIPAS .....	113
TABELA 36 – INTERVENÇÕES REALIZADAS DE FORMA SISTEMÁTICA POR CADA EQUIPA .....	114
TABELA 37 - TIPOLOGIA DA INTERVENÇÃO QUE CARACTERIZA OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM CADA EQUIPA .....	114
TABELA 38 – SATISFAÇÃO MÉDIA DOS PARTICIPANTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE .....	116
TABELA 39 - CONTRIBUTO DOS PROFISSIONAIS PARA O ESTADO ATUAL DOS UTENTES POR UNIDADE .....	118
TABELA 40 - COMPARAÇÃO DO CONTRIBUTO DOS ENFERMEIROS E OUTROS PROFISSIONAIS.....	118
TABELA 41 - TEMPO DE PROGRAMA DOS PARTICIPANTES POR UNIDADE.....	118
TABELA 42 - VALORES DAS SUBESCALAS QV POR UNIDADE .....	120
TABELA 43 - VALORES DAS SUBESCALAS SM POR UNIDADE.....	121
TABELA 44 - VALORES DAS SUBESCALAS CDS POR UNIDADE.....	122
TABELA 45 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE ESCALAS DOS RESULTADOS.....	123
TABELA 46 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS DE QV E CDS .....	123
TABELA 47 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS ESCALAS QV E MHI5 .....	123
TABELA 48 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS DE QV E SUCECS .....	124
TABELA 49 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS CDS E MHI5.....	124

TABELA 50 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS MHI5 E SUCECS .....	124
TABELA 51 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO ENTRE AS SUBESCALAS CDS E SUCECS .....	125
TABELA 52 - MATRIZ DA CORRELAÇÃO DE VARIÁVEIS CONTÍNUAS DA AMOSTRA "UTENTES" COM AS ESCALAS.....	126
TABELA 53 - MATRIZ DE CORRELAÇÃO DE VARIÁVEIS CONTÍNUAS DA AMOSTRA "ENFERMEIROS" COM OS INSTRUMENTOS .....	126
TABELA 54 - MÉDIA DE INTERVENÇÕES REALIZADAS CONSOANTE A FORMAÇÃO PROFISSIONAL .....	128
TABELA 55 – COMPARAÇÃO MÚLTIPLA DA SATISFAÇÃO ENTRE AMOSTRAS .....	129
TABELA 56 – H1 - PONDERAÇÃO FINAL DAS SUB-HIPÓTESES .....	131
TABELA 57 - H2 PONDERAÇÃO FINAL DAS SUB HIPÓTESES .....	135
TABELA 58 - COMPARAÇÃO DE MÉDIAS DO JDS PELA DIFERENCIAÇÃO PROFISSIONAL .....	135
TABELA 59 - H3 PONDERAÇÃO FINAL DAS SUB HIPÓTESES .....	137
TABELA 60 – RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO NÚMERO DE INTERVENÇÕES SISTEMÁTICAS .....	138
TABELA 61 – COMPARAÇÃO ENTRE UNIDADES DOS RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO NÚMERO DE INTERVENÇÕES SISTEMÁTICAS..	138
TABELA 62 - COMPARAÇÃO DE RESULTADOS CLÍNICOS FACE AO NÚMERO DE INTERVENÇÕES SISTEMÁTICAS .....	139
TABELA 63 - DIFERENÇAS FACE AS SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS .....	139
TABELA 64 - RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PROGRAMA, OS RESULTADOS FUNCIONAIS E A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS.....	140
TABELA 65 - TEMPO DE PROGRAMA FACE AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS .....	140
TABELA 66 - RELAÇÃO ENTRE SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS E OS RESULTADOS FUNCIONAIS.....	140
TABELA 67 - RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM E OS RESULTADOS FUNCIONAIS POR UNIDADE ....	141
TABELA 68 - RELAÇÃO ENTRE A SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS, O Nº DE COMORBILIDADES E O Nº DE SUBSTÂNCIAS CONSUMIDAS .	141
TABELA 69 - SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS FACE AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS .....	141
TABELA 70 - RELAÇÃO ENTRE A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS ENFERMEIROS COM OS RESULTADOS FUNCIONAIS E SATISFAÇÃO .....	142
TABELA 71 - RELAÇÃO ENTRE A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DOS ENFERMEIROS COM RESULTADOS CLÍNICOS .....	142
TABELA 72 - PAPEL DOS ENFERMEIROS FACE AO CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS.....	142
TABELA 73 - H4 PONDERAÇÃO FINAL DAS SUB HIPÓTESES .....	143
TABELA 74 - RELAÇÃO ENTRE A IDADE E OS RESULTADOS .....	143
TABELA 75 - RESULTADOS FUNCIONAIS E CLÍNICOS FACE AO GÉNERO .....	144
TABELA 76 – RESULTADOS FUNCIONAIS, DE SATISFAÇÃO E CLÍNICOS FACE À UMA RELAÇÃO DE NATUREZA CONJUGAL.....	145
TABELA 77 – RESULTADOS FUNCIONAIS, DE SATISFAÇÃO E CLÍNICOS FACE À EXISTÊNCIA DE FILHOS.....	146
TABELA 78 - RELAÇÃO ENTRE HABILITAÇÕES E RESULTADOS FUNCIONAIS .....	147
TABELA 79 - RELAÇÃO ENTRE AS HABILITAÇÕES E RESULTADOS CLÍNICOS.....	147
TABELA 80 - RESULTADOS FUNCIONAIS FACE À SITUAÇÃO LABORAL.....	148
TABELA 81 - RESULTADOS CLÍNICOS FACE À SITUAÇÃO LABORAL.....	148
TABELA 82 - RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO TIPO DE RENDIMENTOS.....	149
TABELA 83 - RESULTADOS FUNCIONAIS FACE À TIPOLOGIA DAS PROFISSÕES.....	150
TABELA 84 - CONSUMO DE BZD FACE ÀS PROFISSÕES.....	151
TABELA 85 - RESULTADOS FUNCIONAIS E CLÍNICOS FACE AO CONSUMO DE HEROÍNA .....	151
TABELA 86 - RESULTADOS FUNCIONAIS E CLÍNICOS FACE AO CONSUMO DE ESTIMULANTES .....	152
TABELA 87 – RESULTADOS FUNCIONAIS E CLÍNICOS FACE AO CONSUMO DE BZD .....	152
TABELA 88 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE SUBSTÂNCIAS, RESULTADOS FUNCIONAIS E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS .....	153
TABELA 89 - RELAÇÃO ENTRE O NÚMERO DE SUBSTÂNCIAS, RESULTADOS CLÍNICOS E HISTÓRIA TOXICOLÓGICA .....	153
TABELA 90 - NÚMERO DE SUBSTÂNCIAS ASSOCIADAS AO CONSUMO DE CADA SUBSTÂNCIA.....	154
TABELA 91 – RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO CONSUMO POR VIA IV .....	154
TABELA 92 - RESULTADOS FUNCIONAIS FACE À DOENÇA FÍSICA.....	155
TABELA 93 - RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE À DOENÇA FÍSICA.....	155
TABELA 94 - RESULTADOS FUNCIONAIS E SATISFAÇÃO COM OS CUIDADOS FACE À DOENÇA MENTAL .....	156
TABELA 95 - NÚMERO DE COMORBILIDADES FACE À DOENÇA MENTAL.....	156
TABELA 96 - RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO HCV.....	156
TABELA 97 - RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE AO HCV.....	157
TABELA 98 - RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE AO VIH .....	157
TABELA 99 – RESULTADOS CLÍNICOS FACE À DOENÇA RESPIRATÓRIA .....	158
TABELA 100- RESULTADOS FUNCIONAIS FACE À AUSÊNCIA DE COMORBILIDADES .....	158

TABELA 101 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE À IDADE DE INÍCIO DE CONSUMOS.....	159
TABELA 102 - IDADE DE INÍCIO DE CONSUMOS FACE AO CONSUMO ATUAL DE CANNABIS.....	159
TABELA 103 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE AOS ANOS DE CONSUMO .....	160
TABELA 104 - ANOS DE CONSUMO FACE AO CONSUMO DE BZD .....	160
TABELA 105 - RELAÇÃO DOS RESULTADOS FUNCIONAIS FACE AO TEMPO DE PROGRAMA .....	160
TABELA 106 - RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE AO TP .....	161
TABELA 107 – TEMPO DE PROGRAMA FACE À PRESENÇA DE CONSUMOS .....	161
TABELA 108 - RELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE PROGRAMA E OS RESULTADOS FUNCIONAIS.....	161
TABELA 109 - RELAÇÃO ENTRE RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE AO NÚMERO DE ENTRADAS .....	162
TABELA 110 - RELAÇÃO DOS RESULTADOS FUNCIONAIS FACE À DOSE DE METADONA.....	162
TABELA 111 - RELAÇÃO ENTRE OS RESULTADOS CLÍNICOS E DA HISTÓRIA TOXICOLÓGICA FACE À DOSE DE METADONA.....	162
TABELA 112 - DOSE DE METADONA FACE AOS CONSUMOS DE BZD .....	163
TABELA 113 - PONDERAÇÃO FINAL DAS SUB HIPÓTESES DA H5.....	163
TABELA 114 - RESULTADO FINAL DO TESTE ÀS HIPÓTESES .....	164

## ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO 1 – ESTUDOS SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM NOS PROGRAMAS DE METADONA EM PORTUGAL .....	30
QUADRO 2 - O "MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM" .....	40
QUADRO 3- FREQUÊNCIA DOS RESULTADOS NOS ARTIGOS SELECIONADOS.....	45
QUADRO 4 - UNIVERSO DAS EQUIPAS NA DRLVT E EQUIPAS SELECIONADAS.....	68
QUADRO 5 - NÚMERO DE ENFERMEIROS EM CADA EQUIPA .....	69
QUADRO 6 - NÚMERO DE UTENTES INSCRITOS E EM PROGRAMA DE METADONA EM CADA EQUIPA DE TRATAMENTO .....	69
QUADRO 7 – PERCENTAGEM DOS UTENTES QUE ACEITARAM PARTICIPAR .....	72
QUADRO 8 - PERÍODO DE RECOLHA DE DADOS.....	72
QUADRO 9- VALORES ENCONTRADOS E DE REFERÊNCIA DO MODELO DE EQUAÇÕES ESTRUTURAIS .....	172
QUADRO 10 - CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS E O NREM.....	191
QUADRO 11 - COMPARAÇÃO DE RESULTADOS DOS INSTRUMENTOS EM DIFERENTES ESTUDOS.....	211

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – GÊNERO DOS PARTICIPANTES .....	97
GRÁFICO 2 – IDADE DOS PARTICIPANTES .....	97
GRÁFICO 3 – DISTRIBUIÇÃO DA VARIÁVEL SITUAÇÃO LABORAL POR UNIDADE .....	101
GRÁFICO 4 - GÊNERO DOS ENFERMEIROS POR EQUIPA .....	106
GRÁFICO 5 – MÉDIA DE IDADE DOS ENFERMEIROS .....	107
GRÁFICO 6 – MESES DE PROFISSÃO DOS ENFERMEIROS .....	108
GRÁFICO 7- SATISFAÇÃO MÉDIA DOS PARTICIPANTES COM OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM POR UNIDADE .....	116
GRÁFICO 8 – DISTRIBUIÇÃO DE CDS POR UNIDADE .....	122

## ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 - O MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM .....	38
FIGURA 2- MODELO DE RELAÇÃO DAS VARIÁVEIS EM ESTUDO .....	58
FIGURA 3 – PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....	71
FIGURA 4 – SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	71
FIGURA 5 - MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM. RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS .....	167
FIGURA 6 - RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	170
FIGURA 7- MODELO DE AJUSTAMENTO DOS DADOS ENTRE PAPEL DO ENFERMEIRO E RESULTADOS SENSÍVEIS.....	172
FIGURA 8- RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTRUTURAIS DOS ENFERMEIROS COM AS VARIÁVEIS DE PROCESSO .....	176
FIGURA 9 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTRUTURAIS E AS VARIÁVEIS DE PROCESSO.....	176
FIGURA 10 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS ESTRUTURAIS DAS UNIDADES COM AS VARIÁVEIS ESTRUTURAIS DOS ENFERMEIROS .....	177
FIGURA 11 - RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DE PROCESSO E VARIÁVEIS DE RESULTADO.....	179
FIGURA 12 – RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS ESTRUTURAIS E DE RESULTADO.....	183
FIGURA 13 - ENQUADRAMENTO DAS HIPÓTESES EM ESTUDO FACE AOS CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS E AO NREM.....	190
FIGURA 14 - RESULTADOS E INDICADORES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.....	203
FIGURA 15 - MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM - A MATRIZ ENCONTRADA.....	207
FIGURA 16 - INDICADORES DE RESULTADO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM .....	218

## **INTRODUÇÃO**

A problemática do consumo de drogas atinge hoje em Portugal, na Europa e no Mundo, grandes proporções pois, paralelamente aos cuidados de saúde prestados aos dependentes de substâncias em acompanhamento especializado, outros recorrem aos serviços de saúde por problemas pontuais na sua saúde global. Com o conhecimento que a ciência desenvolve, prestam-se cuidados cada vez mais diferenciados, mas está sempre presente a preocupação por uma tipologia de consumos difícil de caracterizar.

Simultaneamente, em Portugal, a sociedade faz um balanço positivo de anos de intervenção nesta problemática, com a melhoria dos indicadores relacionados com o número de consumidores e com o seu estado de saúde. A extinção do Instituto da Droga e da Toxicod dependência I.P., (IDT) no ano de 2012 e em simultâneo, o nascimento do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Adictos e Dependências (SICAD) criado com o Decreto-Lei n.º 17/2012 de 26 de Janeiro, dá continuidade a um ciclo que se iniciou em 1987 com a criação do Centro das Taipas, em Lisboa. Foram 25 anos numa linha de intervenção na problemática dos consumos de drogas, que foi progressivamente procurando respostas mais específicas para os problemas dos cidadãos, às suas necessidades e com estruturas terapêuticas cada vez mais descentralizadas em termos regionais, desburocratizadas e próximas do cidadão (IDT, 2012; Lopes, 2012).

A dependência de substâncias constitui-se uma atitude comportamental associada a uma procura da(s) substância(s) e ao seu consumo. Condiciona relações sociais em termos familiares, laborais e de lazer. Provoca alterações do estado psíquico, muitas vezes associadas a sofrimento psicológico e tem influência direta em alguns resultados em saúde como o seu estado imunológico e problemas respiratórios, entre outros.

A forma como cada pessoa vive o seu dia-a-dia, apesar de consumir drogas, constitui-se como um foco de atenção para os profissionais de saúde e para os enfermeiros em particular. A promoção da saúde e os processos para uma adaptação, face ao problema de saúde que a pessoa manifesta, são focos de atenção dos enfermeiros.

A proximidade à problemática e algumas inquietações foram vivenciadas profissionalmente ao longo de 10 anos com pessoas consumidoras de substâncias, procurando responder da melhor forma às necessidades que as pessoas apresentavam.

O percurso de doutoramento foi uma oportunidade para nos debruçarmos sobre uma problemática menos investigada, como são alguns estados mais subjetivos no domínio da saúde,

como a saúde mental, a qualidade de vida e a forma como as consequências da dependência de substâncias influenciam o dia-a-dia de uma pessoa dependente, acompanhadas por equipas multidisciplinares que com os utentes traçam planos terapêuticos e contribuem para o seu tratamento.

O foco deste estudo é a inquietação relacionada com o contributo das intervenções de enfermagem para o bem-estar e ganhos em saúde das pessoas, que neste caso particular consomem drogas. O olhar para esse foco partiu dos referenciais metaparadigmáticos de enfermagem, pessoa, saúde, ambiente e cuidados de enfermagem. Estes conceitos, como base para a construção teórica, permitem uma análise desde os domínios mais abstratos aos mais concretos dos fenómenos a que a disciplina se dedica. Permitem a identificação de indicadores empíricos que podem contribuir para estruturar a intervenção e a investigação (Fawcett J. , 2011a).

Procuramos na literatura uma matriz de análise que ajudasse na compreensão da relação entre as intervenções dos enfermeiros e os resultados em saúde das pessoas consumidoras. Identificamos alguns modelos teóricos e estruturas de análise em outros estudos. Depois de analisar a suas características, utilizamos o Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998) que se revelou uma estrutura conceptual que nos permitiu analisar a relação entre as variáveis necessárias para avaliação da qualidade de cuidados, permitindo extrair indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Podemos definir “resultados em saúde”, como estados que variam e podem ser mensurados e comparados a dados iniciais ao longo do tempo. Têm um nível médio de abstração (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004). São considerados como estados de evolução de diagnósticos de enfermagem que por sua vez são a expressão de necessidades em saúde alteradas ou não satisfeitas (Horta, 1979; Johnson, Mass, & Moorhead, 2004). Os “resultados” fornecem evidência da efetividade dos cuidados de Enfermagem (Doran, et al., 2006).

A efetividade de um tratamento ou intervenção é a capacidade de produzir resultados positivos num contexto usual ou de rotina de cuidados. Pode ser abordada em termos de investigação, estudando intervenções com grupos onde a possibilidade de controlo rigoroso dos integrantes não é possível. Os estudos sobre efetividade permitem comparar diferentes intervenções e os seus resultados e, requerem, um desenho de investigação com uma amostragem controlada e uma determinação das intervenções executadas. Os estudos sobre efetividade frequentemente recorrem a contextos reais de cuidados, integrando clínicos e utentes (Palletier, 2005; Kilian, Losert, Park, McDaid, & Knapp, 2010; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Quando falamos no resultado das intervenções de enfermagem, devemos ter em conta que múltiplos fatores estão interligados (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010; Kilpatrick, Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013). Fatores estruturais dos próprios enfermeiros (formação, horário de trabalho, experiência), fatores estruturais dos utentes (condições sociais, estado de saúde, formação), os contextos onde os cuidados são prestados (tipo de serviço, acessibilidade, condições do trabalho), fatores de processo (quais as intervenções que mais contribuem para o resultado, quais são mais frequentemente realizadas por enfermeiros mediante o seu nível de formação) e por fim, a relação com os diferentes resultados em saúde obtidos pelas pessoas (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Doran D. , 2011).

A efetividade e os fatores relacionados com a sua concretização podem levar à obtenção de resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Determinar quais são os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) é uma preocupação global e central na disciplina. A enfermagem sempre se preocupou com o seu papel na satisfação das necessidades em saúde das pessoas, em diferentes contextos e com diferentes práticas de cuidados (Meleis, 1991; Watson, 2002; Doran, et al., 2004; Lopes M. , 2006; Pereira, 2007). A identificação de resultados sensíveis pode direcionar, melhorar e ajudar a planear melhor as intervenções. Por outro lado, como profissão, é crucial que avancemos na compreensão e conceptualização da contribuição única da enfermagem para os resultados, que não são exclusivos da enfermagem pois outras disciplinas também contribuem para os atingir (White, Pringle, Doran, & Hall, 2005; Doran D. , 2011). A definição da interdependência entre diferentes profissionais (suas competências e funções) é essencial para delinear estratégias para a melhoria da qualidade e para examinar a contribuição dos profissionais para o resultado obtido (Donabedian, 2003).

Tem havido convergência dos resultados em saúde a incluir na análise da prestação de cuidados. Desde os indicadores mais clássicos como quedas, úlceras de pressão, taxa de mortalidade, até aos mais recentes que têm em atenção o desempenho funcional dos indivíduos e a satisfação com os cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; ANA, 2010; Doran D. , 2011). Os resultados mais subjetivos, relacionados com a forma como as pessoas vivem o dia-a-dia, necessitam de mais investigação (OE, 2010). A investigação sobre alguns resultados em saúde, de domínios mais subjetivos, pode facilitar a interpretação das consequências do consumo de drogas (Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Roe & Beynon, 2010) e dos determinantes para as necessidades em saúde das pessoas que consomem drogas (Cook, Epperson, & al., 2005).

Procuramos aprofundar o estudo de alguns resultados em saúde obtidos pelas pessoas dependentes de drogas (qualidade de vida, saúde mental, consequências da dependências de substâncias e satisfação com os cuidados de enfermagem), quando sujeitas a intervenções de enfermagem, por estarem integradas em programas medicamentosos de manutenção com cloridrato de metadona, no serviço público especializado. Numa investigação sobre os “resultados” das intervenções, devemos incluir a opinião dos utentes e o grau de satisfação, (Machado & Klein, 2005; Doran D. , 2011) pois são fatores importantes para a perceção das necessidades em cuidados de saúde.

Em termos metodológicos, o estudo encontra-se no paradigma quantitativo, pode ser designado como um estudo exploratório, correlacional-preditivo, com uma abordagem transversal.

Para perceber a relação entre os fatores estruturais que têm influência nos cuidados de enfermagem e nos resultados funcionais, e a relação entre os cuidados prestados e a forma como as pessoas efetivamente vivem o seu dia-a-dia, partimos da seguinte pergunta de investigação: “Qual a relação entre os fatores estruturais, de processo e os resultados funcionais obtidos por pessoas dependentes de drogas integradas em programa de manutenção com metadona?”. Com esta questão, pretendíamos identificar relações significativas entre os fatores de estrutura, processo e resultado, mais particularmente avaliar as relações significativas entre as intervenções de enfermagem e os resultados funcionais.

Entre os vários resultados encontrados no estudo salienta-se que avaliamos a qualidade de vida, as consequências da dependência de substâncias e a saúde mental, enquanto resultados em saúde e verificamos relações significativas entre eles. Os participantes da amostra assinalaram resultados positivos pois percecionam, boa qualidade de vida e manifestaram índices reduzidos de consequências da dependência de substâncias. O valor mais baixo foi identificado no resultado “saúde mental” apesar de os participantes da amostra apresentarem, em média, níveis de bem-estar satisfatórios. A procura por um instrumento que nos ajudasse na avaliação e monitorização das consequências da dependência de substâncias, levou à identificação de um instrumento (um resultado NOC), que não se encontrava adaptado para o nosso contexto. Atingimos este objetivo que visava a adaptação e validação de conteúdo e clínica do resultado NOC “Consequências da dependência de substâncias” em Portugal.

Verificamos que há sensibilidade destes resultados funcionais aos cuidados de enfermagem e identificamos um conjunto de indicadores estruturais dos utentes, dos enfermeiros e das unidades que influenciam o processo de cuidados.

Utilizamos pela primeira vez o Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem com uma população consumidora de drogas, em acompanhamento terapêutico em ambulatório, o que permitiu analisar e identificar relações significativas que nos levam a considerar como relevante a efetividade dos cuidados de enfermagem. Foi necessário uma adaptação ao modelo, que consistiu em dar outra visibilidade a relação entre as variáveis estruturais dos utentes e a sua relação com os resultados funcionais e clínicos (comorbilidades e consumos). Encontramos relações significativas entre as variáveis estruturais das unidades com as variáveis dos enfermeiros, entre as variáveis das unidades e dos enfermeiros com o processo de cuidados, entre o processo de cuidados e os resultados funcionais e finalmente entre as variáveis estruturais dos utentes e os resultados obtidos pelos mesmos.

Numa perspetiva alargada do estudo, podemos considerar que a qualidade de vida, a saúde mental, as consequências da dependência de substâncias e a satisfação com os cuidados de enfermagem, enquanto resultados em saúde, são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Em relação a estes três resultados funcionais, os participantes da amostra revelaram que um melhor resultado em cada um deles relaciona-se com melhores resultados em cada um dos outros.

Identificamos um conjunto de indicadores de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem, na dimensão metaparadigmática ambiente/pessoa/saúde, um conjunto de indicadores determinantes para os cuidados de enfermagem na dimensão ambiente/cuidados de enfermagem e um conjunto de indicadores de processo que se relacionam com os resultados, na dimensão cuidados de enfermagem/saúde.

Esta tese defende que a atenção a alguns indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem relacionados com características dos próprios doentes e do processo de cuidados, e a atenção a fatores que condicionam o desempenho dos enfermeiros, permitirá um contributo dos enfermeiros mais efetivo para a melhoria da qualidade de vida, da saúde mental e para a gestão das consequências da dependência, com pessoas dependentes de drogas. Tem presente que o desenvolvimento teórico da disciplina depende do desenvolvimento de investigação cientificamente rigorosa, mas que se engradece quando essa pesquisa é criativa (Fawcett J. , 2011a).

A forma como o processo de investigação decorreu, proporcionou que organizássemos a tese em quatro capítulos. No primeiro capítulo o enquadramento teórico que sustenta o estudo. No segundo as opções metodológicas. No terceiro os resultados obtidos com o estudo empírico (e expostos segundo a estrutura do modelo teórico). No quarto a discussão dos resultados, a conclusão e as referências bibliográficas. Esperamos que esta organização facilite a interpretação do tipo de estudo realizado.



## ***CAPITULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO***



## **1 – METAPARADIGMA COMO ESTRUTURA PARA A CONSTRUÇÃO TEÓRICA**

O exercício profissional centra-se na relação interpessoal entre o Enfermeiro e uma pessoa, um grupo ou comunidade. Quer a pessoa enfermeiro, quer a pessoa cliente dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual, fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. O enfermeiro utiliza a relação terapêutica com o objetivo de estabelecer uma parceria com o cliente respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel. Esta relação, que decorre num determinado tempo, tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde. Esta parceria pode, em muitas circunstâncias, envolver a família ou convivente significativo (OE, 2002).

Podendo abordar o conhecimento em enfermagem na lógica paradigmática, consoante as escolas do pensamento em enfermagem (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996; Lopes M. , 2001) assumimos a execução dos cuidados de enfermagem na lógica da sua instrumentalidade, de orientação para a pessoa (Amendoeira, et al., 2003), centrado na pessoa global, no fazer e estar com a pessoa seguindo valores, princípios e normas. A valorização da pessoa, como participante do processo de cuidados, clarifica a necessidade do enfermeiro desenvolver as habilidades e capacidades de comunicação para uma relação terapêutica que se baseia no respeito e tolerância, por forma a desenvolver um modelo contratual cooperativo (Amendoeira, et al., 2003; Saragoila, 2007; Fawcett J. , 2011b).

Consideramos como referencial para a qualidade da relação entre enfermeiros e utentes a teoria da relação Enfermeiro-Utente como intervenção terapêutica de Lopes (2006). Para este autor, a relação enfermeiro-utente apresenta duas componentes distintas mas complementares e estreitamente interrelacionadas.

- a) A natureza da relação diz respeito à componente expressiva da relação. Integra em si uma permanente ação de avaliação diagnóstica (feita de modo sistemático, dinâmica, integrada nos cuidados e orienta estes cuidados até numa perspetiva cronológica) e de intervenção (numa lógica de intervenções técnicas, gestão de sentimentos e de informação), ações estas, permanentemente interligadas e que o enfermeiro vai desempenhando continuamente na sua interação com o outro.
- b) O processo da relação que sustentado numa lógica temporal, decorre flexível entre o início, o corpo e o fim da relação.

Esta teoria defende que a relação enfermeiro-utente tem uma natureza multifocal, informal, com intencionalidade terapêutica e pode essa natureza ser específica da enfermagem. Releva ainda a importância do contexto (ambiente) onde o encontro entre o enfermeiro e o utente decorre.

Os conceitos metaparadigmáticos da enfermagem que assumimos como referencial para o estudo e que são a essência dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2002), surgem já enquadrados pela interpretação de alguns autores que apurando os conceitos centrais da disciplina, assumem o paradigma da “Transformação” como a fase mais complexa e mais promotora de bem-estar e autonomia para os utentes (Kérrouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1996; Lopes M. , 2001; Lopes M. , 2006; Saragoila, 2007). Os fenómenos acontecem sempre em interação, assumem uma mudança permanente e a pessoa é o agente da sua própria saúde. Os cuidados de enfermagem neste paradigma, assumem a designação “Ser com” e a parceria de cuidados é a via onde esses cuidados se vão desenvolver. O enfermeiro coresponsabiliza-se com o utente no processo de cuidados (Lopes M. , 2001).

Consideramos que a relação entre os conceitos dá identidade à disciplina e, é a forma como esta os explica, que lhe permite definir o seu objeto de cuidados. Assim, o metaparadigma deve assumir quatro requisitos (Fawcett J. , 2005):

- o Tem que identificar o centro de interesse da disciplina como distinto do de outras disciplinas - os conceitos e as proposições constituem-se numa perspetiva única para a investigação e a prática.
- o Tem que conter todos os fenómenos de interesse da disciplina de uma forma parcimoniosa - os conceitos e as proposições são globais e não redundantes.
- o Tem que ter uma perspetiva neutral - os conceitos e as proposições não devem representar uma perspetiva específica.
- o Tem que ser internacional no alcance e substância - os conceitos e as proposições não devem refletir crenças e valores nacionais, culturais ou étnicos.

Podemos definir conceitos como uma palavra ou frase que capta a essência de algo, que consegue caracterizar (Fawcett J. , 2011a).

Operacionalizando conceitos:

#### a) Saúde

Entendida sobretudo como um bem-estar: é encarada como coexistindo e interagindo dinamicamente com a doença – paradigma da integração; é sublinhada como um valor, uma

experiência humana à qual é inerente a subjetividade individual de cada Pessoa no decorrer do processo humano de viver – paradigma da transformação (Saragoila, 2007).

Processos humanos de viver e morrer (Fawcett J. , 2005).

*Status* com características específicas: Processo dinâmico de adaptar-se a, e de lidar com o ambiente, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, espiritual e social, não meramente a ausência de doença ou enfermidade (ICN, 2011).

#### b) Pessoa

Ser holístico sendo evidenciada a sua totalidade, unidade e multidimensionalidade numa perspectiva no paradigma da transformação (Saragoila, 2007).

Indivíduos, reconhecidos numa cultura, tal como as famílias, comunidades e outros grupos ou agregados que são participantes no processo de cuidados em enfermagem (Fawcett J. , 2005).

Paciente - Indivíduo singular com determinadas características (ICN, 2011).

#### c) Ambiente

Fonte de recursos imprescindível ao desenvolvimento do processo de cuidados. Em cuidados de saúde primários é assumido como promotor da situação de saúde vivenciada pela pessoa. A relação entre seres humanos com o seu ambiente é permanente. O contexto onde se desenvolve o processo de cuidados é valorizado como ambiente externo (Saragoila, 2007).

Constitui ambiente, outros significantes para os seres humanos e o meio físico envolvente, bem como os contextos onde o processo de cuidados de enfermagem ocorre (desde o domicílio particular, às instituições de saúde e à sociedade como um todo). Refere-se também a todas as condições culturais, sociais, políticas e económicas, locais, regionais, nacionais e mundiais que estão associadas à saúde dos seres humanos (Fawcett J. , 2005).

O ambiente é parte determinante dos fenómenos de enfermagem (ICN, 2011)

#### d) Cuidados de Enfermagem

A disciplina de enfermagem interessa-se pelos processos humanos de viver e morrer reconhecendo que os seres humanos se relacionam constantemente com o seu ambiente. No processo de cuidados, à pessoa é atribuído o estatuto de parceiro e de participante ativo, assumindo neste âmbito, a negociação e a autonomia, importância *major*. Reconhecidos e considerados os seus conhecimentos e habilidades, enfermeiros, pessoa e família agem em complementaridade no processo de cuidados. A centralidade e a individualidade que a pessoa

assume no processo de cuidados, bem como a obtenção de resultados sobretudo qualitativos, são valorizados tanto nos momentos de prestação direta de cuidados, como também quando se gerem os cuidados a prestar (Saragoila, 2007).

Os cuidados de Enfermagem promovem a autonomia dos seus clientes, previnem a doença, promovem os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e ainda a máxima independência na realização das atividades de vida. Mas estes cuidados ou se quisermos intervenções, assentam na relação entre os enfermeiros e os seus clientes. São ações realizadas pelos enfermeiros em nome de ou em conjunto com os seres humanos, num processo mútuo entre os participantes em enfermagem e os enfermeiros. O processo envolve frequentemente atividades designadas de avaliação, diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação (Fawcett J. , 2005).

Estes quatro conceitos dominantes que constituem o metaparadigma da disciplina de Enfermagem constituem em si mesmo quatro proposições não relacionais e quatro proposições relacionais que os relacionam e possibilitam uma perspetiva única de os distinguir de outras disciplinas (Fawcett J. , 2005). Preposições são declarações sobre um ou mais conceitos. Uma proposição sobre um conceito é a sua definição ou descrição e, uma proposição sobre vários conceitos, demonstra a relação entre eles ou, o efeito de um, sobre outros (Fawcett J. , 2011a).

Em relação ao cliente (pessoa individual ou grupal), este surge indissociável do ambiente que abrange todas as condições internas e externas. Em relação ao ambiente, reforça-se que este é um promotor de saúde e um recurso para o processo de cuidados, que deve ser visto numa perspetiva evolutiva da sua própria definição de conceito metaparadigmático pois estudos apontam a evolução do conceito através das proposições relacionais dos próprios conceitos, nomeadamente pessoa-ambiente. Se o ambiente é um recurso e o processo de cuidados é promotor da situação de saúde vivenciada pela pessoa, a conexão pessoa-ambiente-saúde corresponde a outra proposição relacional do metaparadigma de enfermagem (Saragoila, 2007).

As proposições relacionais podem ser definidas como a relação ou a ligação entre dois ou mais conceitos, e conceitos, podem ser definidos como a unidade básica do pensamento teórico, uma figura dum fenómeno, de uma coisa ou de uma ação (Saragoila, 2007).

As quatro proposições relacionais do metaparadigma consubstanciam o interesse da disciplina (Fawcett J. , 2005; Saragoila, 2007):

- o Nos princípios e leis que regem os processos humanos de viver e morrer.
- o Nos padrões das experiências humanas de saúde no contexto do ambiente.
- o Nas ações de enfermagem ou processos que sejam benéficos para os seres humanos.

- Nos processos humanos de viver e morrer, reconhecendo que os seres humanos estão em constante relação com o seu ambiente.

Estas proposições relacionais apontam para as atitudes facilitadoras do processo de cuidados, nomeadamente no âmbito da relação interpessoal que assumimos ter como referencial neste estudo, a teoria de Lopes (2006).

A interpretação do metaparadigma e sua integração na estrutura Holárquica do conhecimento em enfermagem (Fawcett J. , 2011a) serve de orientação para o nosso estudo pois a finalidade do estudo inclui o enquadramento do conhecimento produzido.

A estrutura holárquica é constituída por cinco componentes: metaparadigma, filosofias, modelos conceptuais, teorias e indicadores empíricos. A sua diferenciação deve-se aos seus níveis de abstração, sendo o metaparadigma o nível mais alto de abstração e os indicadores empíricos o nível mais baixo, definidos muito objetivamente. À exceção dos indicadores empíricos, os outros componentes da estrutura são compostos por conceitos e proposições embora os indicadores meçam teorias e conceitos (Saragoila, 2007; Fawcett J. , 2011a).

Voltando aos indicadores empíricos, se eles possibilitam a mensuração de teorias, neste estudo, serão objeto de estudo na lógica de avaliar as diferentes estruturas do Modelo da Efetividade dos Cuidados de Enfermagem. Os conceitos devem estar ligados a um indicador empírico que os aproxima do real, como por exemplo a utilização de escalas (Fawcett J. , 2011a).

A importância de mobilizar para este estudo, o metaparadigma da Enfermagem como estrutura de referência conceptual e, aceitá-lo como o nível mais abstrato do conhecimento em enfermagem, permite depois, que o quadro dos indicadores empíricos encontrados seja analisado sob este mesmo metaparadigma. Estes indicadores podem ser depois, definidos e descritos de forma diferente em cada modelo conceptual que os enfermeiros decidam assumir (Saragoila, 2007). Permite construir quadros de referência em qualquer contexto de cuidados (Fawcett J. , 2011a).

## **2 – A PROBLEMÁTICA DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

### **Dependência de substâncias psicoativas**

A dependência de substâncias químicas psicoativas, usualmente designada nas sociedades como dependência de “drogas”, tem associado a esta designação o uso abusivo e danoso dessas substâncias. Normalmente tem associado um ciclo uso-abuso-dependência e tem associada a atitude comportamental de procura de prazer, bem-estar e alívio de sofrimento. A decisão da indicação terapêutica da substância é realizada pelo próprio.

Os conceitos devem ser definidos à partida. Assim, surge o enquadramento teórico dos conceitos importantes para este estudo.

Podemos definir “toxicodependência” como um estado psíquico e muitas vezes físico, resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância. Esta interação é caracterizada por alterações de comportamento, a par com outras reações que levam o utilizador a tomar a substância de forma continuada ou periódica, a fim de reencontrar os efeitos psíquicos e, também evitar o desconforto provocado pela sua privação (WHO, 1997). No mesmo sentido e definir “síndrome de dependência” como um conjunto de fenómenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem após o uso repetido de uma substância e que tipicamente inclui um forte desejo de usar a droga, dificuldades para controlar o seu uso, persistência no seu uso apesar das consequências nocivas, maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, tolerância aumentada e às vezes, um estado de abstinência física (WHO, 1997).

Quando falamos de “droga”, estamos necessariamente a referir-nos a um conjunto de substâncias (naturais ou sintéticas) que segundo a Organização Mundial de Saúde, uma vez introduzidas no organismo vivo podem modificar uma ou várias das suas funções. São substâncias psicoativas que modificam o sistema nervoso - Substâncias que alteram o estado de consciência, o humor, o pensamento, a perceção ou o comportamento do indivíduo. Associa-se a um prazer implícito (reforço, recompensa) (Patrício, 2002).

Em relação ao “abuso de substâncias”, este pode ser entendido como um comportamento comprometido em que ocorre o uso inadequado de substância quimicamente ativa para um efeito não terapêutico, que poderá ser nocivo à saúde e causar adição (ICN, 2011). Ainda pode ser definido como a utilização recorrente da substância mesmo em situações em que esta se torna fisicamente perigosa. A este conceito estão associados os problemas legais recorrentes e os problemas sociais ou interpessoais (APA, 2006).

A “dependência física” pode ser definida como um estado adaptativo, manifesto por intensas perturbações físicas quando a substância é retirada levando a défice ou sofrimento clinicamente significativo, manifesto por três (ou mais) destes sintomas: tolerância, abstinência, aumento das quantidades consumidas, dispêndio de grande quantidade de tempo em actividades relacionadas com a obtenção, abandono de actividades sociais, ocupacionais e recreativas, utilização continuada da substância (APA, 2006). Por outro lado, a “dependência psicológica” pode ser definida como um sentimento de satisfação e de estado psíquico, que requer a administração periódica ou continuada de uma substância de forma a obter prazer e evitar o desconforto provocado pela falta da substância (abstinência) (APA, 2006).

### **A pessoa dependente de drogas**

Recordando o conceito de “pessoa” na teoria de Roy (Modelo de adaptação) como um ser biopsicossocial que se adapta ao seu ambiente, refletimos sobre o conceito de adaptação, que surge nesta teoria como o primeiro fenómeno de interesse para a enfermagem (Allgood & Tomey, 2003; Roy, 1988). Este modelo identifica os constructos e as interações que são essenciais para produzir essa adaptação. A orientação deste modelo para a avaliação de enfermagem, remete para os aspetos fisiológicos, de autoconceito, papel funcional e interdependência. Surge assim, a avaliação necessária da personalidade das pessoas consumidoras de drogas e posteriormente das razões que podem ser invocadas pelas mesmas, como uma etapa inicial para avaliarmos, acompanharmos e promovermos a adaptação necessária para uma vida com melhor bem-estar.

Se, no princípio do séc. XX, parecia possível definir uma personalidade toxicodependente, hoje em dia, essa tarefa torna-se pouco realista. As pessoas dependentes terão sido no passado consumidores ocasionais (Patrício, 1997), que valorizavam esse consumo pela sua faceta recreativa ou pelo contributo que daí retirariam como forma de afirmação pessoal ou de integração no grupo.

Muitas são as razões invocadas pelo indivíduo para usar pela primeira vez uma substância (droga) são elas: a curiosidade, a atração pelo desconhecido, a procura de prazer, o desejo de enriquecer com a experiência, uma tentativa de ultrapassar as coordenadas do espaço e do tempo, adesão ao grupo marginal, uma atitude de oposição à sociedade e ao sistema de valores, uma vida familiar de conflito, a procura de uma expansão da consciência e de um estado de êxtase, para “amortecer” tensões internas, enfim torna-se difícil circunscrever todas as causas. Podemos contudo dizer, que além das motivações expressas pelo indivíduo, existem também as motivações inconscientes (Miguel, 1999; Cruz & Machado, 2013).

Bergeret e Leblanc (1988) chamam a atenção para o facto de, quando analisamos a vertente clínica da toxicod dependência, necessitamos de ter em conta vários aspetos: a natureza química da substância; o comportamento em escalada; a dimensão psicológica; o contexto social; a variedade dos produtos utilizados. Acerca da personalidade toxicod dependente, referem que cada pessoa assume um modo de funcionamento diferente. Chamam à atenção aos leitores, para o facto de, a dependência poder funcionar para evitar uma descompensação ou então desencadeá-la (estruturas psicóticas, neuróticas ou depressivas).

Consideramos pertinente, neste âmbito, enunciar alguns dos traços da personalidade mais comuns na pessoa toxicod dependente (Bergeret & Leblanc, 1988). São eles:

- Imaturidade global.
- Baixa tolerância à frustração.
- Dificuldade em controlar os impulsos.
- Dificuldade em descobrir o gosto de viver.
- Tudo tem que ser imediato.
- O prazer experimentado nos riscos.
- Tendência para ingerir substâncias para fugir.
- Núcleos melancólicos profundos.

No contexto destes traços de personalidade Machado e Franco (1994) lembram o grande sofrimento por que estas pessoas passam, e justificam dizendo que o toxicod dependente é uma pessoa que:

- Tem baixa autoestima.
- Tem incapacidade de um relacionamento afetivo aprofundado.
- É imaturo e tem dificuldade em se autonomizar.
- Vive centrado no presente, daí a sua dificuldade em planear realisticamente o futuro e a incapacidade de antecipar o prazer do mesmo.
- É incapaz de investir e de ter prazer em atividades úteis ou de diversão sem ser através da droga.

- É muito instável e tem dificuldade em aceitar a frustração.
- É ambivalente, - o querer e o não querer nomeadamente em relação ao tratamento, sendo muitas vezes a sua procura de tratamento uma certa incapacidade de ter prazer no próprio consumo.
- É uma pessoa que se sente culpada e é culpabilizada pelos outros, pelo sofrimento que causa nos que lhe estão próximos.

Os toxicodependentes são um grupo social de indivíduos, que se por um lado, se podem caracterizar pela situação de degradação e exclusão social em que muitos se encontram (Fernandes & Ramos, 2010), outros dependentes escapam ao estereótipo social mais conhecido e não são avaliados nas mesmas estruturas pelas equipas de saúde (Fernandes & Carvalho, 2000; Cruz & Machado, 2013). Existem ainda milhares de pessoas que são consumidoras de diferentes substâncias que sendo lícitas (ex. café, chá, tabaco, medicamentos, álcool, solventes, colas, etc.) pouca importância social é dada enquanto comportamento dependente.

### **Programas de manutenção opiácea**

A heroína provoca nos consumos iniciais um efeito euforizante (flash), para além do efeito sedativo. Inicia-se assim a relação com o produto. O estreitamento dessa relação irá originar a dependência.

O consumidor ocasional que não deseja ficar dependente, consome ocasionalmente e acha que vai poder manter o “controlo”. De consumidor ocasional pode passar a consumidor regular sem ainda sentir a dependência física. No entanto, como os efeitos vão diminuindo com a mesma dose (tolerância), o consumidor regular vai aumentando a frequência e a quantidade das doses que consome, até que se dá conta que estando sem consumir sente a falta da droga (ressaca), isto é, sintomas de abstinência. Quando o dependente já não sente aquele prazer com os consumos, porque o organismo aumentou a sua tolerância, o produto apenas provoca o alívio do desprazer da sua falta.

Como base de um programa de substituição temos o produto que se usa para substituir o opiáceo de rua que a pessoa consome. Numa primeira abordagem importa referir que um programa de substituição opiácea deve ser dirigido, a alguém que é dependente de opiáceos. Depois, pode ter como indicação terapêutica prevenir que um indivíduo recaia no opiáceo (heroína) que habitualmente consome.

Com estes programas promove-se a substituição do uso/abuso de um opiáceo de rua (habitualmente heroína), por um opiáceo medicamente controlado e com uma farmacocinética conhecida. Mas apenas intervir com o tratamento farmacológico, torna-se habitualmente um equívoco, daí estes programas terem um enquadramento próprio. Nestes programas são utilizados opiáceos de síntese, os mais utilizados são o Cloridrato de Metadona a 1% solução oral ou comprimidos, a buprenorfina alta dose em comprimidos e o Laam (não utilizado em Portugal desde 2000). Também têm sido utilizadas noutros países a morfina e a dietilmorfina (heroína).

Existem diferentes programas de manutenção com metadona, aos quais os utentes são propostos em função das características pessoais, dos objetivos e das estratégias de intervenção. São chamados programas de tratamento (para a promoção de mudanças internas e externas significativas com abstinência de uso ilícito de psicotrópicos) e programas de redução de riscos e minimização de danos (com o objetivo terapêutico imediato de aproximação do utente às estruturas de saúde, sem exigências imediatas de abstinência de uso ilícito de psicotrópico e regularidade nas tomas). Estes programas devem ser incentivantes de uma prática de redução de riscos, do rastreio e tratamento de outras doenças e de maior inserção social (Miguel, 1999).

## **Notas sobre a evolução epidemiológica da dependência de drogas, desde a 2ª metade do séc. XX**

A toxicodependência é um fenómeno que sempre existiu em todas as sociedades, revelando um grande crescimento em termos de representação social e consequências para a saúde pública, depois da 2ª guerra mundial (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

Em Portugal, o crescimento do fenómeno acentuou-se no final dos anos 70, com uma expansão significativa já nos anos 80 (Patrício, 2002). Desde então, verifica-se um crescimento constante de novos consumidores apesar de menos expressivo desde 2007 (Gesaworld, 2013), o que se observa nos dados referentes a população em geral e na população que recorre aos centros públicos de assistência (IDT, 2010; IDT, 2012). Dados recentes sobre prevalência na população em geral apontam até uma diminuição de prevalência de consumos de algumas substâncias embora em algumas haja uma subida ou em algumas populações específicas (Balsa, Vital, & Urbano, 2013).

Existe uma certa estabilização dos índices de consumo de algumas substâncias ilícitas, mais acentuada para a heroína, acompanhado de um consumo crescente de substâncias como o ecstasy e a cocaína. A heroína é a substância psicoativa que provoca mais efeitos nefastos no indivíduo (Ashton, 2003), sendo o haxixe a mais consumida (IDT I. P., 2010; Balsa, Vital, & Urbano, 2013).

A dependência de heroína é a substância principal dos pedidos de ajuda aos serviços especializados, no total é a substância principal para 75,8% dos utentes na rede, isto quer em Portugal quer na Europa (OEDT, 2012). Em relação às primeiras consultas, esta percentagem desce para 49%, descida que se verifica desde a integração dos problemas com o álcool na rede pública do anteriormente designado IDT. Estes números justificam que a heroína se mantenha como o centro da atenção das estruturas terapêuticas (IDT, 2012).

Durante cerca de 20 anos prevaleceu a intervenção que visava o tratamento, a abstinência e a cura. Houve depois uma mudança de paradigma da abordagem desta doença multidimensional e complexa (Angel, Richard, & Valleur, 2002; Cruz & Machado, 2013), que levou à perceção que o objetivo da abstinência duradoura não era atingível para muitas pessoas, mas que era possível alcançar outras transformações capazes de promover a esperança, a qualidade de vida e promover integração social. Para isso valorizam-se outras intervenções que não obrigam a paragem imediata dos consumos, tais como, diminuição dos consumos, alteração da via de administração das substâncias, redução dos comportamentos de risco, melhoria da saúde física, psicológica e do funcionamento social, laboral e familiar, redução da atividade criminal e passagem da dependência a consumos ocasionais (Cruz, 2005; Rodrigues, 2006) e percebeu-se a necessidade das equipas serem multidisciplinares (Angel, Richard, & Valleur, 2002).

Hoje, é considerada uma doença crónica. A perspectiva dos cuidadores alterou-se. Esta classificação e suas implicações são sustentadas em estudos longitudinais que demonstram a natureza crónica, de recaídas e necessidade de tratamento com estratégias de longo prazo (Torrens, 2008; Conway, Levy, & Vanyukov, 2010; Nyamathi, et al., 2010b). A evolução do fenómeno tem repercussões na população identificada.

Nos últimos dados disponíveis, referentes ao ano 2009, existiam em Portugal entre 44500 a 53500 consumidores de “drogas duras”, na sua maioria homens, na faixa etária compreendida entre os 24 e os 37 anos, sendo a heroína a principal droga consumida (IDT, 2010).

A toxicodependência hoje atinge todos os estratos sociais e todas as idades. Num estudo de 2007, 1,1% da população teve algum tipo de consumo de heroína ao longo da vida. Houve um aumento de 0,4% desde o anterior estudo em 2001 (IDT, 2010). Dados recentes, ainda que preliminares, apontam também uma descida para 0,6% a prevalência de consumidores de heroína ao longo da vida (Balsa, Vital, & Urbano, 2013).

Na rede pública de tratamento da toxicodependência estiveram integrados em 2011, 38292 utentes (menos 1,5% que em 2009), 8492 dos quais eram novos utentes (primeiras consultas, aumento de 11,1% face a 2009). Estes números reforçam a estabilização verificada nos últimos

anos em termos de número de pessoas assistidas (IDT, 2012). Estima-se que em toda a Europa o número de pessoas que recorreu a assistência de saúde para tratamento da sua dependência foi de 472000 pessoas, 178000 destas numa primeira vez que recorreram a ajuda (OEDT, 2012). Sabe-se que na Europa, em 2010 o número de pessoas com consumos de opiáceos e que iniciou tratamento em ambulatório foi de 140000 pessoas (OEDT, 2012).

No final de 2011, em Portugal, estavam em programas de manutenção com agonistas opiáceos (metadona e buprenorfina) cerca de 21.236 pessoas, 76% em metadona (mais 1% que em 2010). Os utentes em programa com agonista opiáceo durante 2011 foram 26351, admitidos 5241 utentes. Destes, 2933 novos e 2308 readmitidos, saíram 5115 (18% com alta clínica, o valor mais alto de sempre, 41% abandonaram ou foram excluídos) que representa o menor número de sempre de saídas dos programas (IDT, 2012). Esta população representa 68,8%% da população dos centros em ambulatório, representando uma diminuição de 1,2% na opção por esta intervenção, comparando com 2009 (IDT, 2010). Os readmitidos reforçam a perspetiva de doença crónica.

A avaliação das respostas colocadas ao serviço da população em Portugal, no que se refere ao combate ao consumo de drogas no período 2005-2012, no âmbito da prevenção, dissuasão, redução de riscos de minimização de danos, tratamento e reinserção, foram globalmente conseguidas e altamente elogiadas a nível internacional, como eficazes na ajuda aos problemas das pessoas pois, além das respostas em termos de rede de atendimento, salienta-se as respostas de proximidade e visão do indivíduo no centro das intervenções, independente da sua situação face ao consumo de drogas (Gesaworld, 2013).

### **Notas sobre a evolução social da dependência de drogas**

A dependência de drogas há muito que é analisada como uma perturbação caracterizada por uma alteração das interações significativas que o indivíduo vai experimentar ao longo do tempo com a sua família e com a maioria das suas relações sociais, desfazendo e recriando laços, cenários, papéis, ou mais concretamente, alterando profundamente a sua relação com os outros (Matoso, 2005). Ora, se perspetivarmos “família” como elementos interdependentes, em interação, num determinado contexto, com uma determinada coesão, partilhando um determinado espaço físico e relacional e com uma história única e diversa (Figueiredo & Charepe, 2010) teremos que perspetivar a dependência de substâncias como uma perturbação profunda em todos os elementos do sistema familiar (Matoso, 2005) o que nos conduz a uma maior representatividade

populacional daqueles que são afetados pela problemática e que pelo sofrimento vivido requerem a atenção dos profissionais de saúde.

Outro aspeto que gostaríamos de salientar é que, a dependência de substâncias ilícitas foi, durante alguns anos, uma patologia largamente masculina, o que sendo ainda atual, tem hoje mais impacto no género feminino com as repercussões nas dinâmicas familiares e no exercício da maternidade e parentalidade (Cotralha, 2007).

A problemática do consumo de substâncias continua a ser um fenómeno complexo na sua compreensão e na forma como as sociedades os incorporam. Socialmente, mantém-se um tema delicado, frequentemente gerador de opiniões contrárias, com impacto em múltiplas estruturas sociais, com influencia cultural e naturalmente com grande impacto nos doentes e nas suas famílias (OEDT, 2012; Gesaworld, 2013; Balsa, Vital, & Urbano, 2013). O consumo de substâncias reinventa-se em novas substâncias (Balsa, Vital, & Urbano, 2013) e em novas formas de consumo (Trigueiros & Carvalho, 2010).

### **3 – OS ASPETOS PSICOSSOCIAIS DA DEPENDÊNCIA DE DROGAS**

O fenómeno da dependência de substâncias deve ser refletido sob múltiplas perspetivas.

#### **Consequências da dependência de substâncias**

Embora muitos indivíduos com problemas relacionados com substâncias, tenham um funcionamento considerado ajustado, o consumo continuado destas irá causar défices marcados, deterioração do estado geral e complicações para a saúde por vezes graves.

São de referir, ainda que brevemente, as seguintes complicações (WHO, 2007):

- A nível físico: Má nutrição, deficiente higiene pessoal, abscessos, septicemia, trombozes venosas, hepatites, infeção por VIH, tuberculose, acidentes de trabalho e viação, síndrome de abstinência, problemas de dentição.
- A nível psicológico: episódios de surtos psicóticos induzidos pelas substâncias, sonolência e estados confusionais, demência, angústia, ansiedade, perturbações do humor.
- A nível social: grandes quantias de dinheiro despendidas, atividades ilícitas para obtenção de dinheiro para consumir, tempo despendido nessas atividades, ausência de outras atividades.
- A nível ocupacional: dificuldade no trabalho, elevada taxa de abstenção, perda do emprego, ausência de ocupações significativas.
- A nível judicial: problemas relacionados com crimes praticados em função dos consumos.

As consequências decorrentes das complicações têm impacto direto, na forma como a pessoa dependente vai viver a sua vida. O estudo dessas complicações mais observáveis é uma realidade mas, importa aqui fazer uma reflexão mais abrangente, incluindo fatores relacionados com aspetos que caracterizam a população em estudo.

Quando refletimos sobre a caracterização da população, e as necessidades de saúde que apresentam, evidenciam-se múltiplos aspetos tão subjetivos como a sua etiologia.

A população toxicodependente está progressivamente mais velha e mais doente sendo a média de idades dos utentes acompanhados em Portugal em 2011, de 39 anos, quando em 2009 era de 37 anos (IDT, 2010; IDT, 2012).

Os utentes consumidores de mais que uma substância têm aumentado. A associação com outras drogas é multivariada (OEDT, 2012).

O número de pessoas com mais de 50 anos e que continua a ter problemas com drogas está a aumentar na Europa e nos EUA (Gfroerer, Penne, Pemberton, & Folsom, 2003; EMCDDA, 2008; Nyamathi, et al., 2010b). Os velhos utilizadores de droga têm uma morbidade superior à população em geral (Roe & Beynon, 2010) tal como outros problemas sociais. Alguns ainda manifestavam vontade de continuar a consumir drogas, o que nos remete para a intervenção em RRMD. A intervenção nestes problemas é tão ou mais importante que a abstinência (Rodrigues, 2006; Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010).

Às consequências do uso de drogas, temos que acrescentar as consequências do próprio envelhecimento (Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Roe & Beynon, 2010). As necessidades de utilizadores mais velhos são diferentes das dos jovens. Importa ainda referir, quando abordamos as necessidades em saúde, a particularidade das questões de género relacionadas com o consumo de substâncias (Cook, Epperson, & al., 2005; Cotralha, 2007).

Os fatores determinantes, identificados para as necessidades em saúde da população consumidora com mais de 36 anos foram o policonsumo, as comorbilidades e os fatores do envelhecimento. Estes condicionam as necessidades, as intervenções dos enfermeiros (Seabra & Sá, 2011) e são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Importa definir o conceito Consequências da Dependência de Substâncias como:

“Compromisso do estado de saúde e função social devido à adição a substâncias”  
(Johnson, Mass, & Moorhead, 2004, p. 339).

A toxicodependência é responsável pelo aumento da mortalidade em idades mais precoces (Hartz, Pato, & Medeiros, 2014), da prevalência de condições médicas crónicas e agudas, infeções e acidentes, e ainda incapacidades associadas ao consumo de drogas (Machado & Klein, 2005).

A adesão por parte dos consumidores com algumas doenças crónicas, ao regime terapêutico, tem transformado esta população utilizadora dos serviços numa população cada vez mais velha e com mais comorbilidades associadas.

As comorbilidades psiquiátricas estão presentes em 70% dos dependentes e as pessoas com distúrbios mentais consomem mais substâncias (Almeida & Vieira, 2005; Nyamathi, et al., 2010b; Hartz, Pato, & Medeiros, 2014). Por vezes neste contexto surge o conflito entre a necessidade de tratamento percebida pelo enfermeiro e o direito e opção da pessoa, relacionado com a continuidade de consumos (Seabra & Sá, 2011).

Os fatores determinantes como as comorbilidades, afetam determinados resultados como por exemplo, a qualidade de vida (Astal, Domingo-Salvany, Buenaventura, Tato, Vasquez, & Torrens, 2008; Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010; Seabra, Amendoeira, & Sá, 2013).

A ligação do “contexto” onde essa dependência se manifesta e se desenvolve, torna a visão clássica, bi fatorial e assente no paradigma biomédico, limitada. Numa visão sistémica, não concordante com a visão linear do fenómeno (associando à dependência de drogas determinadas psicopatologias e estruturas familiares) mas recolhendo a evidência de determinadas características de personalidade e familiares (Matoso, 2005), a alteração dos processos familiares é sempre uma consequência da dependência de substâncias.

## **Qualidade de Vida**

Definir QV não é tarefa simples. O conceito é ambíguo, lato, volúvel e difere de cultura para cultura, de época para época, de pessoa para pessoa e até num mesmo indivíduo se modifica com o decorrer do tempo. Varia com o humor e o estado de espírito do indivíduo (Paschoal, 2004; Leal, 2008). É subjetivo e multidimensional (Seidl & Zannon, 2004). O autor refere-se à subjetividade como a perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre aspetos da sua vida não relacionados com as doenças. É a consideração individual sobre a sua vida. Em relação à multidimensionalidade é um conceito com vários domínios: físico, mental, social, espiritual, entre outros. Associam-se ainda dimensões como a cognitiva, mobilidade e autocuidado, bem-estar emocional (Schumaker, Ellis, & Naughton, 1997).

Hoje, mais afastados da forma de avaliarmos QV com indicadores muito materiais (ligados à capacidade financeira dos indivíduos), percebemos a necessidade de avaliar a qualidade de vida percebida pela pessoa (satisfação e insatisfação com domínios subjetivos). Passou a valorizar-se mais a opinião dos próprios (WHOQOL, 1995).

Este conceito tem sido estudado por diferentes áreas do conhecimento humano (Morais, 2010) e têm sido desenvolvidas escalas de avaliação de QV, com o objetivo de mensurar um resultado em saúde muito difícil de restringir. A prática dos investigadores tem levado a uma agregação de indivíduos que apresentem o mesmo diagnóstico médico como estratégia para a comparabilidade, para desenvolver recursos e avaliar programas. Têm-se juntado novos indicadores relacionados com a saúde, aos mais tradicionais (Paschoal, 2004).

A QV tornou-se uma variável útil para determinar o impacto global das doenças e dos cuidados a elas inerentes, a partir da perspetiva do indivíduo e a sua avaliação. É útil para a investigação e

para a prática clínica. Pode ajudar a demonstrar o impacto das doenças (Fleck, et al., 1999) através de indicadores de eficiência, eficácia e impacto de determinados indicadores no tratamento de grupos de pessoas com determinados diagnósticos. Pode ajudar a demonstrar o benefício das intervenções dos técnicos para os procedimentos de controlo de problemas de saúde. Depois do impacto, a qualidade de vida pode assinalar decisões e condutas terapêuticas (Seidl & Zannon, 2004; Morais, 2010).

Quando temos particular atenção a esta população, na perceção que construímos na relação terapêutica e na prática de cuidados, acerca da “sua” QV, importa não só ter em conta as medidas objetivas (ex. manutenção da abstinência, redução da criminalidade, aumento da atividade laboral), mas incluir as opiniões relatadas pelos indivíduos e ter em consideração as suas particularidades e sentimentos idiossincráticos (Rodrigues, 2006). Por outro lado nem sempre a redução dos consumos corresponde a mais qualidade de vida. As melhorias podem ser significativas apenas depois de algum tempo e para muitos os consumos não interferem na sua QV (Ashton, 2003).

Na prática clínica e na literatura, verificamos que ao estarem integrados nos centros de tratamento e nos programas medicamentosos, os doentes melhoram a sua QV (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005; Seabra, 2005; Faggiano, Vigna-Taglianti, & al., 2008; Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010; Murcho & Pereira, 2011; Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011). Mas em quê e porquê, a metadona e outros agonistas ajudam as pessoas? Qual o seu papel e a sua importância? Por que razão quase todos os utentes melhoram a sua QV (Rodrigues, 2006)? E os enfermeiros ajudam? Qual o papel dos enfermeiros nesta melhoria? Estas são as questões que importa fazer no enquadramento deste estudo, pois fazem parte da sua matriz.

Podemos definir Qualidade de Vida como a perceção, única e pessoal de vida, marcada por muitos fatores interrelacionados, como a situação socioeconómica, o clima político, os fatores ambientais, a habitação, a educação, o emprego, entre outros. Os cuidados de saúde não podem alterar os fatores que contribuem para a qualidade de vida, mas estes inevitavelmente afetam a saúde e o estado de saúde (WHOQOL, 1995). QV relacionada com a saúde é um subconjunto dos aspetos de QV, relacionados na existência individual, com o domínio da saúde. A QV, conceito subjetivo, avaliado nesta perspetiva das pessoas que consomem drogas, deverá incluir variáveis da vida familiar e da vida conjugal (Matoso, 2005).

Ao longo deste estudo, o toxicodependente é entendido como uma pessoa que está numa situação de dependência relativamente à heroína e/ou a outras substâncias e que tal lhe produz consequências (físicas, psicológicas, sociais, espirituais), que interferem com a sua QV, bem como alguém com uma dificuldade em livrar-se dessa dependência.

Num estudo recente (Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011) realizado com uma população que recorre a um centro de abrigo e está integrada num programa de metadona considerado de redução de riscos e minimização de danos, verificou-se que todos os participantes referem que a sua QV aumentou. Centram essa referência em necessidades físicas (abrigo, sono, higiene, alimentação) e construção de projeto de vida (individualidade, regras, interação social, responsabilidade, emprego, ausência de drogas, saúde).

## Saúde Mental

Quando aprofundamos a definição de Saúde Mental (SM), encontramos outro conceito subjetivo. Relaciona-se com a QV cognitiva, emocional e com a ausência de doença mental. Numa perspetiva holística inclui a capacidade para apreciar a vida e proporciona um equilíbrio entre as atividades e os esforços para atingir a resiliência psicológica (Sá, 2010).

Numa visão mais clássica define-se como oposto a doença mental e ausência de psicopatologia, identifica um comportamento normal. O que remete para a necessidade de se perceber melhor o *continuum* saúde-doença.

Neste estudo assumimos como referencial a definição:

“Mental health is not just the absence of mental disorder. It is defined as a state of well-being in which every individual realizes his own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and distrustfully, and is able to make a contribution to her or his community.” (WHO, 2007, p. 3)

Assumimos o conceito de que não existe saúde sem saúde mental (WHO, 2001).

A saúde mental, como um componente indissociável da saúde geral, é um conceito amplo, que apresenta numa determinada perspetiva, duas dimensões: saúde mental positiva que pode ser conceptualizada como um valor em si mesmo (sentir-se bem), e / ou como uma capacidade de perceber, compreender e interpretar o ambiente que nos rodeia, adaptar-se a ele e alterá-lo se necessário; e saúde mental negativa (a que normalmente denominados doença mental ou distúrbios mentais e do comportamento), que está relacionada com os transtornos mentais, os sintomas e os problemas de saúde mental (Stakes, 2008). Em ambas sabemos haver uma interdependência de interações sociais, fatores individuais e experiências, estruturas e recursos sociais e valores culturais (Lahtinen, Lehtinen, Riikonen, & Ahonen, 1999).

A saúde mental positiva inclui: um sentido positivo de bem-estar; recursos individuais como a autoestima, o otimismo e um senso de domínio e coerência; fortaleza emocional, destreza social e

de resolução de problemas, capacidade para iniciar, desenvolver e manter relacionamentos pessoais que satisfaçam mutuamente; e capacidade para lidar com as adversidades (resiliência) (Stakes, 2008).

A saúde mental é essencialmente uma característica do indivíduo e é influenciada por fatores biológicos e psicológicos, pelas interações sociais e pelos valores culturais. Na sua maioria, os fatores individuais de proteção da saúde são idênticos às características da saúde mental positiva. Por esta razão, as intervenções preventivas dirigidas a fortalecer os fatores de proteção, sobrepõem-se, em grande medida, com a promoção da saúde mental (WHO, 2007).

O distress pode ser entendido como um sinal de fraco ajustamento que compromete a qualidade de vida (Polonsky, 2000; Scott, Kline, & Britton, 2004).

O ajustamento à doença crónica é um processo ao longo da vida que possibilita o ajuste a novos sintomas, a períodos de boa saúde e a períodos de remissão (recaídas), consoante a trajetória da doença. Esse ajustamento apresenta como indicadores a preservação funcional, a qualidade de vida, o estado emocional e a ausência ou minimização de consequências (Sidell, 1997).

#### **4 – ENFERMAGEM E AS NECESSIDADES DOS CONSUMIDORES**

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se pela respetiva complexidade, especificidade, diversidade e frequentemente intangibilidade. São, além disso, muito dependentes do contexto em que ocorrem e influenciados pela estrutura (recursos materiais e humanos, instalações e organização) pelo processo (qualidade técnica dos cuidados, adequação e validade da informação produzida, a integração e continuidade de cuidados) e pelos resultados de todo o projeto de cuidado (que incluem a reabilitação/recuperação do doente, o controle da doença crónica, a capacitação, educação e literacia em saúde, a mudança de comportamento e a satisfação com os cuidados) (DGS, 2013). Nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o exercício profissional destes pode ser negligenciado, ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde (OE, 2002).

Quando refletimos sobre o planeamento de cuidados em enfermagem, este surge associado a uma identificação de necessidades (Horta, 1979) e a um processo de cuidados (Amendoeira, 2006). O conceito de necessidade leva-nos a uma lógica de cuidados mais abrangente e complexa, em alternativa à lógica mais estrita do tratar (Xavier & Almeida, 2002; Rosa & Basto, 2009). A hierarquização de necessidades é fundamental (Holmes & Warelow, 1997; Rosa & Basto, 2009).

A qualidade das intervenções de enfermagem passa pela sistematização da assistência (Bitar, Pereira, & Lemos, 2006). A sistematização dos cuidados de enfermagem é o modelo ideal para o enfermeiro aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos na prestação de cuidados, favorecendo o cuidado e a organização das condições necessárias para que ele seja realizado. A esta dinâmica de ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando o cuidado às pessoas, designa-se por processo de enfermagem (Horta, 1979), que requer a participação do doente nesse mesmo processo em que a enfermeira executa apenas quando o doente não é capaz, e que determina que a acção de enfermagem deriva da experiência imediata do doente e das necessidades de ajuda imediata (Hilton (1997) citando Orlando, 1979) e promove um processo de adaptação com vista à autonomia da pessoa (Roy & Andrews, 1999). Recentemente o processo de enfermagem tem sido refletido particularmente na lógica da gestão de cuidados e do aconselhamento junto de pessoas consumidoras de drogas (Sequeira & Lopes, 2009; Lopes J. , 2010).

A missão dos cuidados de enfermagem pode ser entendida como a possibilidade de ajudar a prevenir, aliviar, resolver ou lidar positivamente com os problemas reais ou potenciais, relacionados com as actividades de vida diária, tendo em conta os fatores que as influenciam e o nível de dependência (Roper, Logan, & Tierney, 1995). Este processo de enfermagem pode ajudar o processo de adaptação (Roy, 1988) e as transições no processo de saúde doença (Meleis, 2011).

Sintetizando múltiplas abordagens teóricas podemos considerar o processo de enfermagem como uma relação que envolve uma interação entre o cliente e o enfermeiro. Envolve 5 etapas (histórico, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação). É intencional, sistemático, dinâmico, interativo, flexível e baseado em teorias. Requer um conhecimento global da ciência e da teoria. Requer competências científicas, técnicas e relacionais e contribui para a optimização dos cuidados quando é visto como um método e não como um simples instrumento da disciplina (Amendoeira, et al., 2003)

Na prestação de cuidados a pessoas consumidoras de drogas, o projeto terapêutico que pode passar por uma paragem de consumos ou reaprender a viver sem drogas, o enfermeiro deve ter presente que “o toxicodependente é ambivalente” em relação ao tratamento, isto é, como se estivesse dividido – por um lado quer parar, por outro, sente que para ele é muito doloroso enfrentar o vazio que fica quando para de consumir (Machado & Franco, 1994).

Estudos recentes em Portugal têm descrito algumas competências, intervenções e resultados associados aos enfermeiros enquanto membros de uma equipa multiprofissional de atendimento, nas estruturas públicas especializadas de atendimento às pessoas dependentes de drogas (Quadro 1).

**Quadro 1 – Estudos sobre os cuidados de enfermagem nos programas de metadona em Portugal**

<b>Autores</b>
Seabra, P (2005) – Cuidar num CAT – O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácea. <i>Toxicodependências</i> (11) 2 . p57-54.
<b>Intervenções dos enfermeiros</b>
Identificação de problemas (sinais e sintomas, pesquisa de metabolitos de droga na urina), avaliação e acompanhamento sócio familiar, técnicas mais específicas (administração e gestão medicamentosa, imunização) planeamento familiar, promoção da reinserção social, educação para a saúde, articulação de cuidados com outros técnicos e instituições, preparação para a autogestão medicamentosa, promover a adesão terapêutica, centrar o processo de cuidados na relação de ajuda, clarificar projeto terapêutico que inclui algumas regras, desenvolvimento de intervenções de prevenção primária, registos.
<b>Autores</b>
Venâncio, S; Ribeiro, S (2008) – Intervenção do enfermeiro face às necessidades de saúde do cliente nos centros de atendimento a toxicodependentes na DRLVT. Monografia, Universidade Atlântica (não publicado).
<b>Intervenções dos enfermeiros</b>
Acolhimento, a avaliação das necessidades de saúde, o encaminhamento do cliente para os diversos técnicos de saúde, acompanhamento individual/familiar e conseqüente diminuição da sua ansiedade, programas (administração de metadona/buprenorfina, redução de danos e rastreios), articulação com instituições e com a equipa e finalmente a prevenção e promoção da saúde, nas seguintes áreas: saúde da mulher e da criança, gravidez e amamentação e prevenção primária.
<b>Autores</b>
Carvalho, M (2010) – O Enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos: a perceção do toxicodependente. Dissertação, Universidade do Porto (não publicado).
<b>Perceção dos utentes sobre os cuidados de enfermagem</b>
É definido com uma dimensão técnica e ética, de substituição médica, ficando evidenciado a dimensão relacional, como um dos cuidados mais valorizados (que não acontece noutras equipas de saúde onde os utentes recorrem). Tem relação com a satisfação das necessidades humanas básicas (abrigo, higiene, alimentação, sono) aliadas a um projeto de vida (que engloba a sua individualidade, a existência de regras, saúde, interação, responsabilidade, emprego e a ausência de drogas). Reconhecem a capacidade do enfermeiro estabelecer uma relação de ajuda e avaliam como positivo a predominância do género feminino.
<b>Autores</b>
Lopes, J (2012) – Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição. Tese. Universidade de Lisboa (não publicado).
<b>Perceção dos utentes sobre os cuidados de enfermagem</b>
Percecionam a importância da intervenção do enfermeiro na prestação direta de cuidados e indiretos, no âmbito da participação na defesa dos interesses e da resolução das necessidades da pessoa com problemas de adição a substâncias psicoativas. Sentem que os enfermeiros se ligam a eles, representam-nos, investem nas pessoas, avaliam o passado, os ajudam a modificar a relação com as substâncias, promovem a ligação a outros e ajudam a planear o futuro. Centram os cuidados na relação enfermeiro-utente.

A reflexão e aprofundamento sobre o contributo que cada profissional fornece para o bem-estar daquele que é alvo dos seus cuidados, deve ser uma preocupação individual mas deve ser assumida por cada grupo profissional, na lógica da procura de cuidados com mais qualidade em resposta às necessidades das pessoas (Doran D. , 2011). Assim, consideramos necessário efetivar quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem numa perspetiva multidisciplinar, para além do domínio dos resultados específicos da doença e incluindo dimensões de bem-estar geral, estado funcional e satisfação (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004).

No que se refere a populações consumidoras de drogas, discute-se e recomenda-se há algum tempo a necessidade de avaliar as práticas de cuidados que têm sido seguidas no tratamento de pessoas com esta dependência (IDT I. P., 2010; Seabra & Sá, 2011; Gesaworld, 2013). A avaliação tem sido alargada à dimensão clínica e social.

Esta evolução, na análise dos resultados em saúde, facilita a interpretação de domínios mais subjetivos mas que são determinantes para o bem-estar das pessoas. Tem surgido a preocupação com os cuidados a esta população (Ontario., 2009; Roe & Beynon, 2010) e com o que determina as suas necessidades em saúde e os resultados obtidos (Cook, Epperson, & al., 2005), como por exemplo, a preocupação com os aspetos relacionados com o envelhecimento da população dependente de drogas, com a sua qualidade de vida e com aquilo que interfere com essa qualidade de vida (Sequeira, 2006; Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Seabra & Sá, 2011; Seabra & Sá, 2012).

Quando se refletiu sobre a aplicação de um modelo de gestão de cuidados de Enfermagem, baseado na orientação “case management” e da sua eficácia como assistência efetiva e integrada à pessoa com toxicod dependência, assumiu-se que muitas destas necessidades são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Sequeira & Lopes, 2009; Lopes J. , 2012). Ambos os estudos concluíram que o gestor de caso pode melhorar “as respostas às necessidades das pessoas com toxicod dependência” e que muitas destas necessidades em saúde são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Para avaliar necessidades e resultados obtidos pelas pessoas, há que utilizar instrumentos multifactoriais (Conway, Levy, & Vanyukov, 2010), menos normativos e que incluam a opinião dos utentes (Almeida, 1997). No entanto, a evidência dos resultados obtidos e a sua relação com os cuidados de enfermagem, é escassa (Murcho & Pereira, 2011). Devemos questionar quais os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Os enfermeiros procuram dar resposta às necessidades das pessoas e promover a adaptação à sua situação de saúde (Horta, 1979; Roy & Andrews, 1999).

Outra vertente desta reflexão relaciona-se com os fatores determinantes em saúde e com alguns resultados já evidenciados. Importa questionar qual o papel dos enfermeiros (DGS, 2004; OE, 2010).

Quando os enfermeiros avaliam “necessidades” junto das pessoas dependentes de drogas, verifica-se que fazem uma avaliação essencialmente ao nível das necessidades psicossociais, sendo insuficiente ao nível das psicofísicas e ausente a avaliação das psico-espirituais. Os cuidados evidenciam algum desajuste na avaliação e satisfação de necessidades (Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011; Seabra & Sá, 2012).

Cerca de 68,8% dos utentes nos centros de ambulatório, integram programas medicamentosos (IDT, 2010; IDT, 2012). A prática clínica dos enfermeiros nestes centros está muito ligada a estes programas (Murcho & Pereira, 2011; Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011; Seabra & Sá, 2012) e

estudos apontam o seu contributo para a redução do consumo de drogas com pessoas integradas em programas de metadona (Nyamathi, et al., 2010b).

Sabemos que nos centros especializados de atendimentos a consumidores de drogas, as equipas de enfermagem têm desenvolvido práticas de cuidados baseados nas orientações clínicas e em resposta aos problemas de saúde que as pessoas vão apresentando. Estas práticas têm alguma uniformidade nas diferentes unidades (Sequeira, 2006; Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011; Seabra & Sá, 2012).

Nesta problemática, a necessidade de demonstrar a mais-valia para os utentes e para as equipas multidisciplinares, da integração dos enfermeiros, tem ainda um caminho a percorrer (perceção do trabalho de terreno e da pouca sistematização das nossas intervenções). Herédia e colaboradores (2010) pesquisaram o “campo de atuação” dos profissionais que trabalham em centros de ambulatório com pessoas adictas e concluíram que os enfermeiros necessitam ganhar mais espaço dentro das equipas. Reconheceram que a assistência clínica é minoritária no seu trabalho, atrás de questões administrativas, e que se reparte predominantemente, pelos aspetos de promoção do autocuidado (100%) e prevenção (57%) mas pouco na reabilitação e reinserção social (14%).

Mesmo depois de alguma reflexão e pesquisa a pergunta impõe-se: Porque e como atuam os enfermeiros, baseados em que pressupostos teóricos, com que instrumentos avaliam, como concebem diagnósticos, que cuidados prestam, que resultados são sensíveis aos seus cuidados? O objetivo último é seguramente, melhorar a qualidade de vida das pessoas, gerindo as consequências da sua dependência, para um melhor funcionamento, com menor sofrimento para si, para suas famílias e para a sociedade em geral.

O papel dos enfermeiros nestes programas, apesar de evidenciar ganhos em saúde para as pessoas, requer mais investigação pois existem poucos estudos a avaliar intervenções específicas lideradas por enfermeiros e os resultados obtidos (Nyamathi, et al., 2010a).

Procurando os efeitos dos modelos de práticas de cuidados, é sugerido a investigação sobre resultados apropriados à população em estudo e amostras apropriadas (dimensão e comparabilidade). É necessário ponderar se o que se quer avaliar é mesmo sensível à dimensão dos cuidados de enfermagem. Pode ser necessário o desenvolvimento de instrumentos apropriados (Weisman, 1992; Ribeiro A. L., 2005; Polit & Beck, 2010; Fawcett J. , 2011b).

Nos últimos anos, as discussões acerca da monitorização e promoção da qualidade dos cuidados e do exercício profissional dos enfermeiros tem estado focalizada na componente “resultados” uma vez que, saber apenas o que os enfermeiros fazem e caraterizar o seu contexto profissional, é

insuficiente para sabermos mais sobre os ganhos em saúde que as populações obtêm com o seu exercício profissional (Pereira, 2007).

O ambiente onde as pessoas vivem e onde se desenrola o seu processo de saúde-doença, era antes visto como fonte de *stress*, mas hoje é percecionado como uma mina de recursos (Saragoila, 2007). Isto é particularmente importante em fenómenos complexos e multidimensionais como o estado funcional e o humor. O estado funcional é um fenómeno multidimensional que inclui a dimensão das relações familiares, manutenção de sua habitação, atividades sociais, comunitárias, atividades pessoais e ocupacionais (Fawcett J. , 2011a).

Perante a crescente multiplicidade de contextos em que a enfermagem intervém, cumpre aos enfermeiros demarcar e clarificar o seu contributo específico no âmbito da interdisciplinaridade no amplo contexto de saúde. Tal delimitação privilegia a sua autonomia no seio de uma equipa multiprofissional bem como o seu papel social (Amendoeira, 2006; Saragoila, 2007).

Este estudo, neste contexto específico, assume as recomendações de que o estudo da essência da prática de enfermagem deverá ocorrer em contextos delimitados e focando fenómenos específicos, aspetos que apontam fundamentalmente para o avanço do conhecimento teórico a partir da análise das práticas (Walker & Avant, 2005; Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011).

Por vezes os enfermeiros não têm a teoria para suportar as ações que desenvolvem, mas realizam-nas na mesma. Esta tomada de decisão requer o nascimento de uma nova teoria (Fawcett J. , 2011b).

Concluindo este olhar sobre os cuidados de enfermagem, as suas intervenções, o papel desempenhado no seio das equipas e a forma como são olhados e sentidos pela sua população alvo, importa refletir sobre as competências necessárias.

A maioria dos estudos não aprofunda o grau de competências dos participantes-enfermeiros nos estudos. Nem tão pouco fornece algumas informações como a idade, o tipo de vínculo laboral, o número de horas de trabalho, a experiência profissional, a formação acrescida, as condições de trabalho, informação relevante para se fazer uma análise de competências dos profissionais (Benner, 2001). Sabemos que o modelo de Benner assenta na diferenciação dos graus de competência, em fatores dependentes da situação, e não, especificamente na inteligência, dons ou maturidade.

O estadio de Iniciado é atribuído aos enfermeiros recém-formados, com pouca experiência face às situações com que se confrontam. Que conduzem a sua prática através de normas e protocolos

que determinam um comportamento limitado e rígido. Encontramos neste patamar enfermeiros que tenham sido colocadas a desempenhar funções em unidades para si desconhecidas.

O estadió de Iniciado Avançado atinge-se quando já se fez frente a suficientes situações reais para notar os fatores significativos que se reproduzem em situações idênticas. É necessário alguma experiência mas ainda revelam dificuldade em iniciar um plano de cuidados.

O estadió Competente é atingido quando os enfermeiros já trabalham no mesmo serviço há 2 ou 3 anos. Começam a aperceber-se dos seus atos em termos de objetivos e dos planos a longo prazo dos quais está consciente. Conseguem analisar os problemas e objetivar os mais importantes.

O estadió Proficiente é atingido quando os enfermeiros apercebem-se da globalidade das situações e não aspetos isolados das suas intervenções. A perceção das situações é determinante, pois conhecem pela experiência o que pode acontecer e não acontecer. Valorizam mais a experiência que a teoria. Atinge-se mais ou menos com 5 anos de experiência com a mesma população.

O estadió Perito é atingido quando o enfermeiro tem uma enorme experiência, compreende agora de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder em soluções e diagnósticos inúteis. Tem uma compreensão profunda das situações.

Estes níveis de competências assegurados e diferenciados pela experiência associam-se de alguma maneira à idade dos profissionais e ao tempo que cada um trabalha em cada contexto. Podem ser influenciados pelas variáveis estruturais das unidades (Venâncio & Ribeiro, 2008; Seabra & Sá, 2012). Particularmente no âmbito dos cuidados de enfermagem com pessoas dependentes de drogas podem-se destacar fatores intrínsecos como os valores e convicções do próprio enfermeiro, para o desenvolvimento dessas competências e ainda as dificuldades relacionais face ao tipo de utentes (Sequeira, 2006; Venâncio & Ribeiro, 2008).

As questões de género surgem por vezes valorizadas pelos utentes, nomeadamente o fato de prevalecer o género feminino (Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011).

Os profissionais de saúde e os enfermeiros em particular são apenas um dos interventores nesta problemática. A problemática é complexa, os doentes enfrentam problemas complexos e para os enfermeiros, é necessário a consciência que nos complexos problemas que minimizam a saúde percebida pelas pessoas (Castillo, Póo, & Alonso, 2004), é necessário o trabalho em rede em que múltiplos atores têm que comparecer (WHO, 2007).

## **5 - O MODELO DA EFETIVIDADE DO PAPEL DE ENFERMAGEM**

O nosso estudo assume o modelo “Nursing Role Effectiveness Model” como quadro de referência. Este modelo é baseado na relação entre variáveis estruturais, de processo e de resultado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998), apresenta uma natureza multidimensional dos cuidados em saúde.

A opção baseou-se na possibilidade de ser aplicado em diferentes *settings* e na ajuda clara para definir o papel dos enfermeiros, partindo de uma análise clara dos papéis interdependentes dos profissionais de saúde que colaboram para o objetivo comum da qualidade de cuidados de saúde (Doran D. I., 2002). Permite assumir que determinado resultado é relacionado com o papel dos enfermeiros, apesar da dificuldade causada pela variedade dos resultados em saúde. Permite ser aplicado na investigação.

Encontramos evidência que as variáveis estruturais dos pacientes, das unidades de cuidados e dos enfermeiros, influenciam o processo de cuidados, assim como influenciam os resultados obtidos (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Joseph, 2007), por outro lado, os resultados são influenciados pelos cuidados prestados, por fatores dos doentes, por fatores interpessoais do cuidar, pelo contexto dos cuidados (Irvine, Sidani, & Hall, 1998). Defende-se o aprofundamento das pesquisas sobre o efeito destas variáveis nos resultados e na sua qualidade (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Doran, et al., 2006; Pereira, 2007).

A opção por este modelo foi determinada pela possibilidade de demonstrar que os resultados dos cuidados são avaliados com métodos eficientes, válidos e confiáveis, demonstrar que os resultados são relevantes para os pacientes, para o local onde são prestados e para a sociedade, demonstrar a intenção e a não intenção dos cuidados (resultados não esperados) e ainda relacionar custos com os resultados (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

Decidimos assumir como referencial principal, as recomendações de um estudo das autoras, realizado em contexto hospitalar, para aprofundar o impacto das intervenções e a relação entre variáveis (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Tivemos em consideração a necessidade e recomendação de alargar o modelo a outros contextos como a saúde mental e saúde comunitária (White, Pringle, Doran, & Hall, 2005) e a necessidade de aprofundar a investigação em enfermagem em Portugal, no que se refere aos resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2010).

Desconhecemos estudos em Portugal com esta perspetiva de avaliação de resultados, na área dos cuidados de enfermagem a pessoas dependentes de drogas e não encontramos evidência na

literatura, da utilização do modelo, com esta população. A própria autora do modelo desconhece a sua aplicação com população consumidora de drogas (D. Doran, comunicação pessoal, 2011, Julho, 13).

A conceptualização do estudo a partir deste modelo teórico, tem como pressuposto que desenvolver teoria a partir da investigação desenvolve o conhecimento de uma disciplina (Meleis, 2011), materializa a inseparabilidade entre a teoria e a investigação (Fawcett J. , 2011b) e permite a combinação entre a teoria, os achados da investigação e a experiência clínica dos investigadores, determinante para a construção da estrutura adequada ao fenómeno em estudo (Grove, Burns, & Gray, 2013).

A descrição da estrutura do modelo teórico surge neste enquadramento, com o objetivo de clarificar a complexidade que o envolve pois, a visualização gráfica, ajuda à sua compreensão (Grove, Burns, & Gray, 2013)

## **5.1 – As proposições do modelo**

O “Modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem” promove a base teórica para explorar a relação entre variáveis estruturais das organizações, das unidades, dos utentes e dos enfermeiros, com as variáveis de processo e os resultados em saúde dos utentes. Providencia uma estrutura para guiar a avaliação dos resultados dos cuidados de Enfermagem e assenta em algumas proposições, que deverão ser confirmadas em diferentes contextos de cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

O modelo, que pode ser usado na investigação dos mecanismos subjacentes aos efeitos dos cuidados nos resultados dos utentes, ajuda ao fornecer um quadro bem definido para guiar a avaliação dos resultados dos cuidados de enfermagem. Permite identificar o contributo dos cuidados de enfermagem, para os resultados atingidos pelos utentes, dentro da complexidade dos cuidados prestados por equipas multidisciplinares. Conseguimos desta forma identificar e avaliar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran D. I., 2002).

Este modelo é também um desafio à responsabilização, pois ao ligar os fatores aos resultados, assume-se responsabilidade pela qualidade dos cuidados e pela contribuição para a saúde e bem-estar das pessoas, vinculando o papel da enfermagem aos resultados atingidos (Doran, et al., 2006).

Conceptualmente assenta na análise de fatores estruturais, de processo e de resultado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998), defende que os diferentes tipos de papéis desempenhados pela enfermagem no processo de cuidados (dependente, interdependente e independente) é influenciado pelas variáveis estruturais que vão por sua vez repercutir-se nos resultados. Este modelo facilita ainda a perceção das variáveis de resultado que refletem o processo de cuidados (caracterizando as situações de cuidado) e quando se examina as três dimensões, aumenta a validade dos esforços de avaliação, contribui para o conhecimento e poderá facilitar a implementação de estratégias de qualidade.

As características organizacionais incluem a constituição das equipas, a qualidade da comunicação entre profissionais, utentes e famílias, as condições de cuidados, a atribuição de funções adequadas ao papel profissional, a proporção de enfermeiros face a outros profissionais, a carga de trabalho, sistema de gestão de medicamentos, etc. As características das unidades incluem aspetos que influenciam a capacidade dos enfermeiros em desempenhar adequadamente o seu papel e estão inter-relacionadas com as variáveis dos enfermeiros (Doran D. I., 2002), sabendo-se que a composição das equipas e o papel dos enfermeiros têm impacto na saúde dos utentes (Hall & Doran, 2001).

As variáveis estruturais englobam características dos utentes que influenciam as decisões acerca dos cuidados e a sua capacidade para bons resultados (Doran, et al., 2006). As características dos enfermeiros são importantes para enquadrar os cuidados efetivados (idade, experiência, conhecimentos, competências, etc.) e os pressupostos do modelo incluem a visão da relação enfermeiro – doente como um processo de interação e de gestão do plano de cuidados.

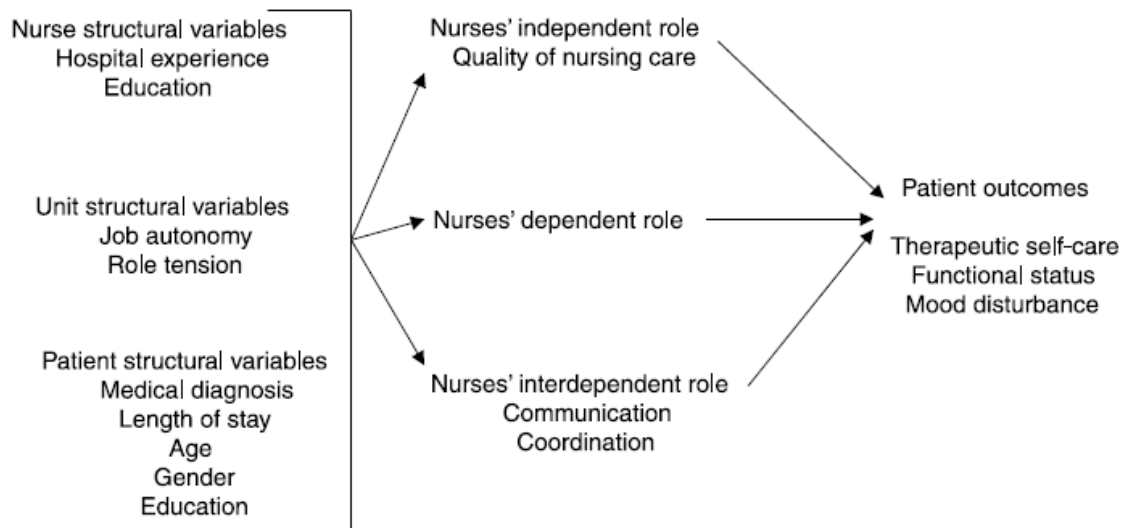
As variáveis de processo incluem as intervenções independentes como: Capacidade para fazer o acolhimento/avaliação, a tomada de decisão, intervenções e a capacidade de acompanhar as situações, promoção do conforto, controle de sintomas, etc. As interdependentes são, por exemplo, a prevenção e gestão de complicações, coordenação de serviços, a comunicação. O modelo aborda ainda as intervenções dependentes. As diferentes intervenções têm efeitos específicos e diferenciados nos resultados (Irvine, Sidani, & Hall, 1998), que são, entre outros, o estado de saúde do utente, a perceção do benefício dos cuidados de enfermagem e os custos diretos e indiretos associados aos cuidados de enfermagem.

As autoras do modelo consideram que existe evidência que as variáveis de resultado são influenciadas por múltiplos fatores estruturais e de processo (Doran D. I., 2002), e que existem resultados diferentes associados a diferentes papéis desempenhados pelos enfermeiros (intervenções autónomas e interdependentes). Os resultados que têm sido apresentados em diferentes estudos têm confirmado, reformulado ou sido acrescentados aos iniciais que tinham

partido da evidência que se recolheu inicialmente partindo da literatura (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran D. , 2011).

No estudo mais aprofundado realizado pela equipa de investigação, confirmaram-se as seguintes relações (figura 1).

Figura 1 - O modelo de efetividade do papel de enfermagem



Fonte : Journal of Advanced Nursing, 38, 2002.

Sistematizando, as proposições do modelo já testadas, em contexto hospitalar com pessoas internadas em serviço de cirurgia ou com pessoas idosas internadas em unidades de longa duração, são (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002):

1. O nível de formação da equipa de enfermagem relaciona-se positivamente com o desempenho autónomo e interdependente.
2. O tempo de permanência dos enfermeiros, numa instituição, relaciona-se positivamente com a qualidade do desempenho autónomo e interdependente.
3. Maior autonomia no trabalho relaciona-se positivamente com a qualidade do desempenho autónomo e interdependente.
4. O efeito da autonomia nos resultados atingidos é mediado pelas variáveis de desempenho dos enfermeiros.
5. A tensão sentida no trabalho relaciona-se negativamente com o desempenho do papel autónomo e interdependente.

6. O efeito da tensão sentida no trabalho, nos resultados obtidos, é mediado pelas variáveis do desempenho do papel.
7. O efeito do tempo adequado para prestar cuidados relaciona-se positivamente com o desempenho do papel autónomo e interdependente.
8. O efeito do tempo adequado para prestar cuidados, nos resultados obtidos, é mediado pelas variáveis do desempenho do papel.
9. A qualidade do desempenho autónomo dos enfermeiros relaciona-se com os resultados obtidos pelos pacientes.
10. A qualidade da comunicação em enfermagem relaciona-se positivamente com os resultados obtidos pelos pacientes.
11. A qualidade da coordenação dos cuidados relaciona-se positivamente com os resultados obtidos pelos pacientes.

As proposições dos modelos teóricos devem depois materializar-se em hipóteses que vão guiar os estudos e confirmar ou não as proposições (Grove, Burns, & Gray, 2013).

O modelo de Irvine (1998) utilizou métodos indutivos para conceptualizar o papel dos enfermeiros através da descrição da organização do trabalho e das instituições e utilização de instrumentos de avaliação. Utilizou métodos dedutivos para identificar variáveis estruturais que influenciam o papel desempenhado e os resultados que podem ser ligados ao papel dos enfermeiros.

O modelo amplia a avaliação da eficácia e da eficiência. Ao avaliar a eficácia utilizam-se condições controladas e nas avaliações sobre eficiência estudam-se resultados, em condições não controladas da prática, associando o seu custo (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010). A efetividade diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos, é a relação entre os resultados conseguidos e os resultados propostos. Os estudos com este modelo possibilitam a avaliação da efetividade das intervenções a partir dos resultados esperados (Azzolin, 2011).

Esta base teórica para o percurso da investigação surge da necessidade de monitorizar práticas de cuidados, de perceber, num quadro de cuidados interdependentes, o contributo dos cuidados de enfermagem para os resultados alcançados. O modelo procura guiar a avaliação desses

contributos, sabendo da dificuldade extrema em afirmar que determinado resultado foi obtido apenas por determinado grupo profissional (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

Seguidamente o quadro 2 expõe as variáveis que podem integrar o modelo proposto e testado no contexto da prática clínica (Doran D. , et al., 2004), partindo das proposições do modelo, mas ressaltando uma necessária adaptação conceptual quando analisado à luz do nosso quadro legal.

**Quadro 2 - O "Modelo de efetividade do papel de enfermagem"**

Fatores estruturais	Fatores de processo	Resultados influenciados pelos papéis
Variáveis:  - Dos enfermeiros (idade, experiência profissional, habilitações, formação específica, vínculo laboral)  - Dos utentes (idade, estado civil, género, habilitações literárias, estado de saúde)  - Das unidades (organizacionais - composição da equipa, tipo de organização, rácio Enfermeiros / doentes, tempo de atendimento).	- Intervenções Independentes	- Prevenção de complicações.  - Clínicos (sintomas fisiológicos, gestão de sintomas)  - Funcionais (físico, psicossocial, cognitivo e mental, comportamentos de auto cuidado)  - Conhecimento sobre a doença e o tratamento.  - Satisfação do cliente com os cuidados de enfermagem.  - Custos dos cuidados.
	- Intervenções Interdependentes  Qualidade da comunicação.  Coordenação de cuidados.	- Preparação para a alta.  - Mortalidade.  - Encargos após a alta.
	- Intervenções dependentes (*)	- Resultados adversos.  - Erros na administração de medicação.  - Mais permanência na instituição.

(\*)No nosso estudo esta classificação foi modificada e adaptada, baseada no quadro de competências do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 1996), ou seja, consideraram-se no quadro das intervenções interdependentes. A opção é determinada pelo contexto legal pois todas as intervenções dependem da avaliação e decisão clínica do enfermeiro.

O modelo considera que as conclusões serão sólidas se, para determinados resultados, conseguirmos relacionar as práticas de cuidados específicos, e se, conseguirmos identificar os fatores estruturais que mais influenciam esses fatores de processo (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

O modelo encoraja investigadores, administradores e técnicos a conceptualizar em termos do processo de cuidados, que tem impacto direto nos resultados, e os fatores estruturais das organizações que podem influenciar o processo de cuidados e consequentemente os resultados dos cuidados. É necessário mais evidência acerca da relação dos resultados e as variáveis estruturais e de processo (Hall, Doran, & Pink, 2004; Doran, et al., 2006; Kilpatrick, Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013).

O modelo é recomendado para expor o que não está exposto e para validar algumas proposições, podendo ser utilizado para avaliar as dimensões estruturais, de processo e de resultado, relacionando com o objetivo dos estudos que se pretendam desenvolver.

Com base no modelo referido, assumimos as seguintes definições de conceitos que têm origem nas dimensões da qualidade de cuidados (Donabedian, 2003):

Papel de Enfermagem – Terminologia que decorre do modelo teórico utilizado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998) que diferencia os diferentes papéis consoante a tipologia das intervenções realizadas (autónomas ou interdependentes).

Estrutura - Variáveis dos enfermeiros, dos utentes e das unidades que influenciam o processo dos cuidados e os seus resultados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Doran D. , 2011).

Processo – Pode considerar-se a agregação das intervenções de enfermagem. Inclui as intervenções autónomas dos enfermeiros e as interdependentes.

Intervenções autónomas - Intervenções iniciadas pelos enfermeiros em resposta a diagnósticos de enfermagem, com total responsabilidade. Pressupõe um julgamento clínico em resposta à situação do utente (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), a implementação das intervenções e a avaliação da resposta às intervenções (Januário, 2013).

Intervenções interdependentes - Funções e responsabilidades que partilhamos em continuidade com outros membros da equipa, que estão interdependentes e em concretização, necessitando igualmente de capacidade de decisão clínica autónoma. Incluem atividades de comunicação, implementação e coordenação de cuidados de manutenção (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Resultados - Indicadores da evolução no sentido da resolução do problema ou sintoma. Refletem estados dos utentes. São avaliados em *continuum* (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

São as mudanças, favoráveis ou adversas, no estado de saúde real ou potencial de pessoas, grupos ou comunidades que podem ser atribuídos a cuidados anteriores ou concomitantes (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004).

Estado funcional - É o resultado de fatores variados: comportamento, mudança na condição pessoal, com impacto psicossocial. Capta a perceção do funcionamento do dia-a-dia. Inclui o funcionamento e cumprimento de um papel, o humor e capacidades de auto cuidado terapêutico (Doran D. , 2011). Segundo Knight (2000) citado por Doran (2011) é o nível de funcionamento de cada pessoa numa variedade de áreas como a sua saúde física, qualidade de auto manutenção, qualidade do desempenho das suas atividades, estado intelectual, atividade social, atitudes com o mundo e com ele próprio e estado emocional. É a forma como a pessoa desempenha as atividades que são relevantes para si. Deve incluir a dimensão cognitiva, comportamental e psicológica.

Tempo apropriado para a prestação de cuidados -Avaliação subjetiva, feita por enfermeiros, do tempo para realizar intervenções. Este conceito permite depois relacionar com a sobrecarga sentida pelos enfermeiros ao prestar cuidados aos seus utentes. Influencia a qualidade dos cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Satisfação com os cuidados - Uma atitude face aos cuidados de enfermagem, dos quais foram beneficiários no seu percurso de saúde/doença (Ribeiro A. L., 2005; Wagner & Bear, 2009; Doran D. , 2011).

Na tentativa de definir alguns conceitos importa complementar aquela que decorre da análise do NREM com outros conceitos teóricos importantes para este estudo:

Intervenções – Qualquer cuidado (tratamento, terapia, procedimento) baseado no conhecimento e no julgamento clínico de enfermagem, realizado por um enfermeiro, para melhorar os resultados do utente, em resposta a um diagnóstico de enfermagem. Pressupõem um nível abstrato de conhecimento e um nível concreto de acção (Bulechek, Butcher, Dochterman, & Wagner, 2013).

Cuidados de enfermagem – Conjunto de intervenções realizadas por enfermeiros, promovendo a parceria e papel ativo nas decisões, com o seu utente, em resposta a diagnósticos de enfermagem (Saragoila, 2007).

Papel de Enfermagem – Este conceito é operacionalizado no nosso estudo por “cuidados de enfermagem” e tendo em conta, que esses cuidados, decorrem num “processo de cuidados” que segundo Amendoeira (2006) congregam o conhecimento de enfermagem, a responsabilidade social enquanto profissional e a autonomia que se deve respeitar na pessoa alvo desses cuidados. Esse processo consiste numa concepção, que pressupõe conhecimentos e conceitos bem definidos, num planeamento e intervenção que pressupõe método e instrumentos, e numa avaliação da resposta face aos diagnósticos iniciais, sempre tendo em consideração o ambiente onde decorre o encontro do profissional com a pessoa.

## **5.2 - Resultados sensíveis aos cuidados de Enfermagem**

A capacidade de medir ou avaliar os resultados é um dos mais proeminentes e relevantes assuntos para os prestadores de cuidados de saúde e para as organizações pois, relacionam-se com os custos da eficiência, com a qualidade dos cuidados, com a efetividade dos cuidados e com o desempenho organizacional. Todos os profissionais têm o desafio de demonstrar que os seus

cuidados conduzem a melhores resultados nas pessoas. Fundamental é determinar que resultados incluir e determinar como mais relevantes na multiplicidade de contextos da prática de enfermagem e para isto, é necessário primeiro, investigação primária para determinar relações, que posteriormente devem ser investigadas noutros contextos (Pringle & Doran, 2011).

Sabemos da dificuldade de isolar um resultado específico que demonstre o contributo único da enfermagem para a sua obtenção. Há maior unanimidade na seleção de resultados para os quais os diferentes profissionais possam dar o seu contributo e procurar identificar o contributo único da enfermagem em vez de aspirar a identificar resultados únicos para a enfermagem (Doran D. , 2011; Januário, 2013).

Precede a este projeto de investigação baseada no modelo de efetividade dos cuidados de enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998), o projeto de investigação da Nursing Outcome Classification (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004) conhecido como a taxonomia NOC, que define um resultado sensível aos cuidados de enfermagem

“Um estado, comportamento ou perceção variável do cliente ou familiar cuidador informal, que surge em resposta às intervenções de enfermagem...” (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004, p. 68)

A maioria destes resultados representa a resolução de um diagnóstico de enfermagem.

A “sensibilidade” pode ser entendida pela influência dos cuidados, das decisões e das ações dos enfermeiros no resultado obtido. Pode não ter sido causada diretamente pelos enfermeiros mas é associada também aos cuidados de enfermagem enquanto indivíduo ou grupo profissional (Amaral A. , 2010; Grove, Burns, & Gray, 2013).

A questão central, que deriva dos critérios utilizados para avaliar a sensibilidade aos cuidados de enfermagem de um aspeto de saúde e da definição de “resultados sensíveis...” está relacionada com a “evidência” e com a capacidade que tivermos de poder demonstrar a melhor evidência disponível (Pereira, 2007).

Crítérios para avaliar a sensibilidade aos cuidados de enfermagem adaptados por Pereira (2007).

- o Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, produzem o resultado desejado.
- o Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, são implementadas com a intenção de produzir o resultado desejado.

- Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, produzem uma melhoria significativa nos resultados ou impedem a sua deterioração.
- Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro, foram implementadas antes da ocorrência dos resultados desejados.
- Evidência que as intervenções de enfermagem, resultantes da decisão do enfermeiro e que produzem os resultados desejados, se inserem no âmbito do mandato social com que a enfermagem está investida.

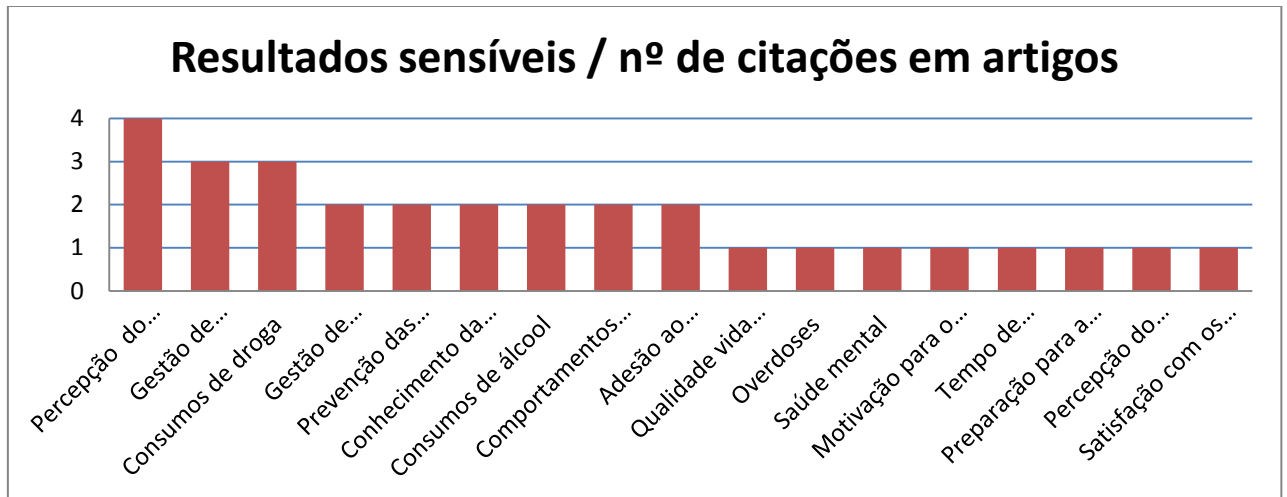
Assim, após a clarificação do que se entende por resultados sensíveis, com base nas reflexões que emergiram da revisão bibliográfica e na tentativa da perceção do que já se conhecia sobre os resultados que eram obtidos com o contributo dos cuidados de enfermagem, decidimos realizar uma revisão sistemática da literatura com a seguinte questão: *“Quais os resultados sensíveis à intervenção de enfermagem, em pessoas dependentes de drogas, integradas num programa de manutenção opiácea com metadona?”*

A revisão sistemática da literatura forneceu-nos informação sobre alguns resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e a tipologia destes. O resultado final pode ser analisado de acordo com a estrutura determinada pelo referencial teórico deste estudo (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Doran D. , 2011) numa perspetiva indutiva de construção, e dedutiva, partindo dos estudos encontrados. Nenhum dos estudos encontrados mobilizou este modelo de análise nem esquematiza a sua pesquisa apresentando a totalidade dos indicadores de qualidade dos cuidados (Donabedian, 2003).

Verificamos evidência de resultados relacionados com o conhecimento da doença e seu tratamento, por parte dos doentes (Mistral & Hollingworth, 2001; Ashworth, 2005; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Ontario., 2009; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011), alguns resultados clínicos como controle de sintomas e redução de consumos (Mistral & Hollingworth, 2001; Ashworth, 2005; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Ontario., 2009; Nyamathi, et al., 2010a; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011), o comportamento de autocuidado (Ashworth, 2005; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Ontario., 2009; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011), resultados funcionais que se relacionam com a perceção da qualidade de vida, gestão de atividades de vida diária e a perceção da saúde mental (Mistral & Hollingworth, 2001; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011), resultados do domínio interdisciplinar como a motivação, preparação para a alta, tempo de permanência nos

programas e percepção do papel dos enfermeiros (Mistral & Hollingworth, 2001; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007) e a satisfação com a qualidade dos cuidados de enfermagem (Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Ontario., 2009). Em diferentes estudos, os mesmos resultados foram surgindo repetidamente, o que permitiu extrair a frequência com que eles surgiram (quadro 3).

**Quadro 3- Frequência dos resultados nos artigos selecionados**



A pesquisa com os descritores *outcomes; Nursing; assessment; Drug addicts; Substance-related disorders; Methadone*, apresentou-nos 598 artigos. Excluídos pelos critérios foram selecionados 8 artigos abordando resultados sensíveis aos cuidados enfermagem<sup>1</sup>.

Os resultados encontrados evidenciam a efetividade de múltiplas intervenções e abordagens, em contextos não comparáveis diretamente com a abordagem em prática no nosso país, nomeadamente os cuidados em ambulatório com administração de cloridrato de metadona. Não se encontrou nenhum estudo realizado em Portugal. Assim, conduziremos o nosso estudo, conscientes da ausência de aprofundamento da efetividade dos cuidados de enfermagem na tipologia de resultados que selecionamos, mas integrando a pertinência dos resultados evidenciados por estes estudos (Pringle & Doran, 2011).

Tem havido poucos estudos em Portugal a relacionar resultados, nesta área específica dos problemas em saúde, e os cuidados de enfermagem. Alguns abordam o impacto dos programas de manutenção com metadona mas não relacionam com os cuidados de enfermagem de uma forma aprofundada (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005; Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010; Murcho & Pereira, 2011). Com uma abordagem fenomenológica, surgiu recentemente um estudo que relaciona os resultados (capacitação para o autocuidado) ao desempenho do papel de gestor de caso (Lopes J., 2012).

Depois de analisarmos a importância dos resultados com evidência de sensibilidade aos cuidados de enfermagem noutros contextos, nomeadamente nos cuidados hospitalares (Doran, et al., 2004;

<sup>1</sup> Protocolo de pesquisa no anexo VI

Doran, et al., 2006; Doran D. , 2011), e dos resultados encontrados como sensíveis a intervenções específicas de enfermagem junto de pessoas consumidoras de droga, mas em que a base de análise não tinha a ver com o modelo teórico aqui estudado, aprofundando relações entre variáveis estruturais, de processo e de resultado, decidimos direcionar a nossa pesquisa centrando-a nos resultados funcionais que decorrem das intervenções autónomas. Nomeadamente, os aspetos relacionados com a **qualidade de vida** (Ferreira & Santana, 2003; Murcho & Pereira, 2011), as **consequências do fenómeno da dependência** na vida das pessoas (McLellan & al., 1992; Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Almeida & Vieira, 2005) e a **saúde mental** (Ribeiro, 2001).

Estes três resultados em que procuraremos perceber e aprofundar o conhecimento face à sensibilidade aos cuidados de enfermagem, são relevantes para avaliar o impacto dos determinantes anteriormente referenciados (Seabra & Sá, 2011). São relevantes para evidenciar a capacidade de gestão da sua doença e dos seus comportamentos. A inclusão destes resultados contempla, tal como afirmado anteriormente, a dimensão cognitiva (consequências da dependência de substâncias e qualidade de vida), comportamental (consequências da dependência de substâncias e qualidade de vida) e psicológica (consequências da dependência de substâncias e saúde mental).

Nesta lógica, a opção pelos resultados Qualidade de Vida, Saúde Mental e Consequências da Dependência de Substâncias pareceu-nos responder às três dimensões anteriormente enumeradas como determinantes para os resultados funcionais. A monitorização da qualidade de vida e o distress (assumido ao longo do trabalho como indicador de saúde mental) são hoje determinantes na investigação em saúde com pessoas com doença crónica e assumem hoje particular interesse como resultado sensível aos cuidados de enfermagem. Assumem-se como fator de risco para a doença mental e sofrimento emocional (Fulcher, Bagder, Gunter, Marrs, & Reese, 2008; Doran D. , 2011). A importância destes resultados e a preocupação deve-se ao papel que desempenham na adaptação à doença e na minimização dos efeitos adversos (Roy & Andrews, 1999; Doran D. , 2011).

O distress tem impacto direto na qualidade de vida, no aumento da ansiedade e no aumento das complicações (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002; De Santis, Arcia, Vermeesch, & Gattamorta, 2011; Seabra, Amendoeira, & Sá, 2013). Pode ser definido como um conjunto de estados emocionais, incluindo falta de entusiasmo, problemas para dormir, sentir-se deprimido, com falta de esperança no futuro, com labilidade emocional, com falta de interesse nas coisas e com pensamentos suicidas (Burnette & Mui, 1994). Pode ser definido como um positivo ou negativo sentimento medido pelos sintomas subjetivos de depressão e ansiedade para

facilitar a avaliação clínica (Michael, Berkman, Colditz, Holmes, & Kawachi, 2002; Ribeiro J. P., 2011) e que concorrem igualmente para a avaliação da sintomatologia física associada a estes estados (Burnette & Mui, 1994; Ribeiro & Antunes, 2003). É uma comorbilidade importante e é sensível aos cuidados de enfermagem (Doran D. , 2011).

A **avaliação dos resultados do estado funcional** é prioritária quando estudamos pessoas com uma doença crónica (Doran D. , 2011). O estado funcional de saúde é aceite como um resultado, pois representa a perceção do doente acerca do seu funcionamento diário o que perspetiva uma diferença face aos resultados mais tradicionais. A opção é estimulada pela pouca evidência encontrada em número de artigos e número de estudos na dimensão funcional desta população.

Numa análise de conteúdo foram identificados três atributos ao estado funcional: atividades que as pessoas realizam na sua vida normal do dia-a-dia para a satisfação das suas necessidades básicas, capacidade para desempenhar os papéis habituais e capacidade para manter a sua saúde e bem-estar. Inclui a capacidade de concretizar aspetos da sua vida como cuidados pessoais, mobilizar-se, cuidar da sua casa, atividades de recreio e de participação comunitária (Wang, 2004)

O estado funcional é influenciado por diversos fatores: internos, externos e culturais (Fawcett, Tulman, & Samarel, 1995). Os fatores internos podem ser o estado de saúde do indivíduo, atitudes e características demográficas. Os fatores externos podem ser as características físicas do ambiente, acesso a ajudas para a mobilidade, apoio social e económico no seu ambiente. Os fatores culturais podem ser as crenças normativas e valores que orientam as expectativas e comportamentos. Estes fatores precisam ser considerados quando avaliamos o estado funcional (Doran D. , 2011).

No processo de avaliação do estado funcional dos utentes algumas recomendações devem ser seguidas: frequentemente os utentes avaliam a sua capacidade funcional melhor que os clínicos; não podendo recuperar todos os domínios, os que se conseguem são evoluções no sentido da autonomia; a avaliação não deve ser realizada por quem já cuida; não deve ser realizada com base nos registos existentes pois tendem a assinalar menos dependência que a real; os instrumentos devem ser adequados às expectativas de desempenho de cada população e adequados culturalmente (Doran D. , 2011).

Através de uma meta-análise demonstrou-se a evidência da validade da relação entre o estado funcional e as intervenções, assim como entre o estado funcional e as variáveis estruturais dos enfermeiros, embora por vezes essa evidência não seja facilmente observável e comparável, pois os contextos dos estudos são muito diferentes e utilizam instrumentos dificilmente comparáveis. Em muitos, persiste a dificuldade de avaliar as intervenções (Doran D. , 2011). Não se identificou

nenhum estudo com uma população consumidora de drogas. Daí, a recomendação de investigar o estado funcional em outros contextos surge como uma justificação para este estudo.

Em relação à satisfação do utente importa sintetizar a relevância que lhe é dada enquanto indicador de qualidade e a sua relação com o estado de saúde (Donabedian, 2003), e a **satisfação com os cuidados de enfermagem** enquanto resultado sensível aos cuidados de enfermagem (ANA, 2010; Doran D. , 2011). A evidência que se procura demonstrar sobre este resultado, resulta da necessidade de avaliar bem esta dimensão num ambiente complexo e de consciência global sobre a qualidade dos cuidados de saúde e necessitamos de medidas confiáveis e bem adaptadas a cada contexto cultural e com instrumentos comparáveis (Ribeiro A. L., 2003; Lynn, McMillen, & Sidani, 2007).

Segundo Erikssen (1995) citado por Doran (2011), para avaliar a satisfação com os cuidados de enfermagem é necessário que o cliente perceba o que são os cuidados de enfermagem, é necessário definir bem o conceito. Assim, podemos definir satisfação com os cuidados de enfermagem, como uma avaliação subjetiva no domínio cognitivo e emocional que resulta da interação entre as expectativas do utente acerca dos cuidados de enfermagem e da sua perceção do atual comportamento e características dos enfermeiros. Necessitamos conjugar o que ambos, enfermeiros e pacientes, consideram como um adequado resultado dos cuidados de enfermagem, pois se os enfermeiros valorizam mais o apoio emocional (Young, Minnick, & Marcantonio, 2006), estudos apontam para que os utentes valorizem mas a vertente técnica e educacional (Doran D. , 2011).

A satisfação com os cuidados de enfermagem é influenciada pela perceção da qualidade dos cuidados, pelos fatores pessoais e por fatores estruturais (Mahon, 1996) como a satisfação com o trabalho, ambiente, número de horas de trabalho, tipo de gestão (Doran D. , 2011). A satisfação com os cuidados de enfermagem incrementa a adesão terapêutica, aumenta a funcionalidade mas não é controlada pelos profissionais (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007). Os resultados devem ser analisados cuidadosamente quando a vulnerabilidade dos utentes é muito elevada e quando o instrumento utilizado não avalia a verdadeira essência do cuidado de enfermagem (Doran D. , 2011).

A intenção é investigar resultados apropriados à população em estudo, procurando responder às questões identificadas, com os instrumentos mais apropriados, e procurar responder ao impacto dos determinantes mais centrais para as necessidades em saúde. Necessitamos precisar a diferença entre indicadores de saúde e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Pereira, 2007).

A escolha dos resultados e dos instrumentos para os medir, devem ser culturalmente adequados pois é necessário que os instrumentos monitorizem mudanças, que as mudanças tenham significado estatístico com correspondente alteração dos sinais clínicos, para assim podermos elevar o nível de evidência dos estudos (Doran D. , 2011).



## ***CAPITULO II – METODOLOGIA***

Nesta fase importa definir os meios para realizar a investigação. Apresentamos os aspetos relacionados com o desenho da investigação e os procedimentos para responder às questões de investigação nas diferentes etapas. É a fase da passagem da conceção à operacionalização (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Wood & Ross-Kerr, 2011).



## **1 - DA PROBLEMÁTICA AOS PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO**

O ponto de partida de uma investigação é uma situação que suscita interrogações e que requer uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão. Dessas interrogações, surge um tema (domínio particular) que se materializa num problema de investigação que é constituído por vários elementos agrupados que necessitam de uma análise. Assim, o problema de investigação pode ser uma situação que necessita de elucidação (Fortin, 2009; Wood & Ross-Kerr, 2011) ou pode ser definido como uma área de interesse onde há falta de conhecimento para o desenvolvimento da prática de enfermagem (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Um problema de investigação deve ter significado para a disciplina científica e um interesse potencial para a sociedade. Ele é significativo quando o seu conhecimento potencia a prática baseada na evidência (Grove, Burns, & Gray, 2013). A análise do problema de investigação que apresentamos, sustentado no enquadramento que realizamos, pode contribuir para o avanço do conhecimento da disciplina sobre esta temática fundamental para a qualidade da saúde das populações.

### **1.1 - Problema de investigação**

Com base na revisão bibliográfica verificamos a inexistência de estudos publicados em Portugal, sobre indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, com consumidores de drogas, integrados num programa de manutenção com metadona. Este constituiu-se o ponto de partida para a nossa investigação.

Identificamos através da pesquisa, a dificuldade em monitorizar e avaliar o resultado das intervenções de enfermagem com os seus alvos de cuidados (Pereira, 2007), identificamos a inexistência de estudos que relacionassem os resultados obtidos numa perspetiva alargada do domínio funcional, com as intervenções de enfermagem a que estavam sujeitos, embora, haja evidência da importância da relação enfermeiro-utente para a gestão dos cuidados (Lopes J. , 2012).

Alguns estudos sobre as intervenções dos enfermeiros e, o efeito dos programas de metadona, apontaram-nos alguns dados. Foi assinalado que o reconhecimento da importância do papel do enfermeiro, a sua dimensão ética, relacional e, por vezes, as intervenções realizadas pelos enfermeiros que os utentes sentem como de continuidade das prescrições medicamentosas (médicas), são determinantes para a satisfação das necessidades humanas básicas, aliadas à

construção de um projeto de vida (Carvalho, Ferreira, & Borges, 2011). Alguns estudos abordam o impacto dos programas de manutenção com metadona mas não os relacionam com os cuidados de enfermagem de uma forma aprofundada (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005; Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010; Murcho & Pereira, 2011).

A inexistência de estudos que, numa perspetiva alargada, relacionassem as variáveis de resultado com as variáveis de processo e as variáveis estruturais dos enfermeiros, dos utentes e das unidades (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), surge como uma forte possibilidade para explorarmos a relação entre variáveis e aprofundarmos o conhecimento sobre o contributo das intervenções de enfermagem para o bem-estar das pessoas que, neste caso particular, consomem drogas.

A preocupação com o resultado das intervenções leva-nos a alargar a análise para o estudo dos fatores que possam relacionar-se com esses resultados. Preocupações com as características dos enfermeiros, com as particularidades dos doentes, as características das unidades onde os doentes recorrem. Outro aspeto tem a ver com as intervenções e a identificação das que contribuem para o resultado esperado pelas próprias pessoas.

Vários estudos abordam a preocupação com a satisfação com os cuidados de enfermagem (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Ribeiro A. L., 2005; Alves, 2007), no entanto, desconhecemos estudos em Portugal na área dos cuidados com pessoas consumidoras de drogas, que nos apontem a relação entre a satisfação com os cuidados e outros resultados clínicos assim como a relação entre a satisfação com os cuidados com outras variáveis estruturais (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007). A perceção de uma menor saúde mental, enquanto comorbilidade que influencia a qualidade de vida, tem sido evidenciada (Almeida & Vieira, 2005; Torrens, 2008; Nyamathi, et al., 2010b; Seabra, Amendoeira, & Sá, 2013), mas desconhecemos o contributo das intervenções de enfermagem para a saúde mental e para a qualidade de vida das pessoas.

As consequências da dependência de substâncias (enquanto fenómeno multidimensional) para as pessoas integradas num programa de manutenção com metadona, cuidadas por enfermeiros, não são conhecidas de forma sistematizada, assim como não são conhecidas a relação entre estes quatro resultados: Qualidade de Vida, Saúde Mental, Consequências da Dependência de Substâncias e Satisfação com os Cuidados de Enfermagem.

O grau de evidência dos estudos consultados, que de alguma forma relacionam os cuidados de enfermagem com os resultados, necessita de ser incrementado (Doran D. , 2011) e a quantidade de dados recolhidos aspira a promoção de maior conhecimento sobre como as pessoas

desenvolvem as atividades importantes para elas, que pode ser designado por estado funcional (Richmond, McCorkle, Tulman, & Fawcett, 1997).

Esta problemática requer uma matriz de análise de relações. Procurando na literatura, o Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998) surgiu como o modelo mais adequado para a o estudo.

A utilização de um modelo teórico deve guiar a metodologia. Os constructos e as proposições devem ser representados por objetivos, perguntas e hipóteses, que possam validar a adequação ou adaptação do modelo. A adaptação do modelo, com base na problemática e população em estudo, deve ser assinalada na metodologia (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Sintetizando, a finalidade deste estudo é a identificação de um conjunto de orientações para a efetividade dos cuidados de enfermagem, que contribuam para minimizar as consequências da dependência de substâncias e melhorar a qualidade de vida dos consumidores de drogas.

Para atingir esta finalidade desenhou-se um conjunto de procedimentos.

## 1.2 - Questões de investigação

A questão de investigação é determinante para a orientação que se pretende dar à investigação e relaciona-se com o problema de investigação e com os objetivos. Tem por missão precisar os conceitos chave, a população alvo e sustentar a investigação empírica, neste caso através da relação entre variáveis. Deve ser explícita sobre um problema que requer investigação e deverá gerar nova informação que deverá ser explícita (Wood & Ross-Kerr, 2011; Ellis, 2013).

Partindo das proposições do Modelo de Efetividade do Papel da Enfermagem, com base no problema de investigação, nas preocupações centrais surgidas com a revisão bibliográfica, delineamos a seguinte **questão central para a investigação**: *“Qual a relação entre os fatores estruturais, de processo e os resultados funcionais obtidos por pessoas dependentes de drogas, integradas em programa de manutenção com metadona?”*

Para responder a esta questão delineamos as seguintes questões subsidiárias:

- 1 – Quais as variáveis estruturais que influenciam o processo?
- 2 – Quais as variáveis de processo que influenciam os resultados?
- 3 – Quais as variáveis estruturais que influenciam os resultados?

4 – A qualidade de vida de pessoas dependentes de drogas integradas em programa de manutenção com metadona, é sensível aos cuidados de enfermagem?

5 – As consequências do uso de drogas em pessoas integradas em programa de manutenção com metadona, são sensíveis aos cuidados de enfermagem?

6 – A saúde mental de pessoas integradas em programa de manutenção com metadona, é sensível aos cuidados de enfermagem?

### 1.3 - Objetivos

Tendo em conta que o objetivo deve indicar de forma clara o fim a que a investigação se destina, especificando as variáveis-chave, a população junto da qual serão recolhidos os dados e a ação que orienta a investigação (Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013), consideramos, com base no modelo teórico e nas questões de investigação, que pretendemos atingir os seguintes objetivos:

**Objetivo Geral** Identificar os fatores que contribuem para a obtenção de melhores resultados funcionais em pessoas consumidoras de drogas, integradas num programa de metadona.

Os **objetivos específicos** que se pretendem atingir e que nos ajudam a conduzir o estudo, são:

- Identificar a relação entre as intervenções dos enfermeiros e os resultados funcionais obtidos.
- Identificar a relação entre fatores estruturais dos enfermeiros e fatores estruturais das unidades com as intervenções dos enfermeiros.
- Identificar a relação entre os fatores estruturais dos utentes e os resultados funcionais.
- Avaliar a qualidade de vida, as consequências da dependência de substâncias e a saúde mental, enquanto resultados em saúde.
- Avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.
- Contribuir para o desenvolvimento do Modelo de Efetividade do Papel da Enfermagem, adequado ao nosso contexto de prática de cuidados.
- Realizar a validação clínica e de conteúdo do resultado NOC “Consequências da dependência de substâncias” em Portugal.

## 1.4 – Desenho de investigação

Tendo em conta, o modelo teórico que constituiu a matriz do modelo de recolha de dados, numa primeira fase, pretendemos conhecer as variáveis estruturais dos utentes, dos enfermeiros e das unidades que se associavam às variáveis de processo e de resultado. Numa segunda fase pretendemos conhecer a inter-relação entre as variáveis de processo com os resultados e a inter-relação entre a QV, a SM, as CDS e a Satisfação com os cuidados. Na terceira etapa apurar os indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem a luz do Modelo de Efetividade do Papel da Enfermagem.

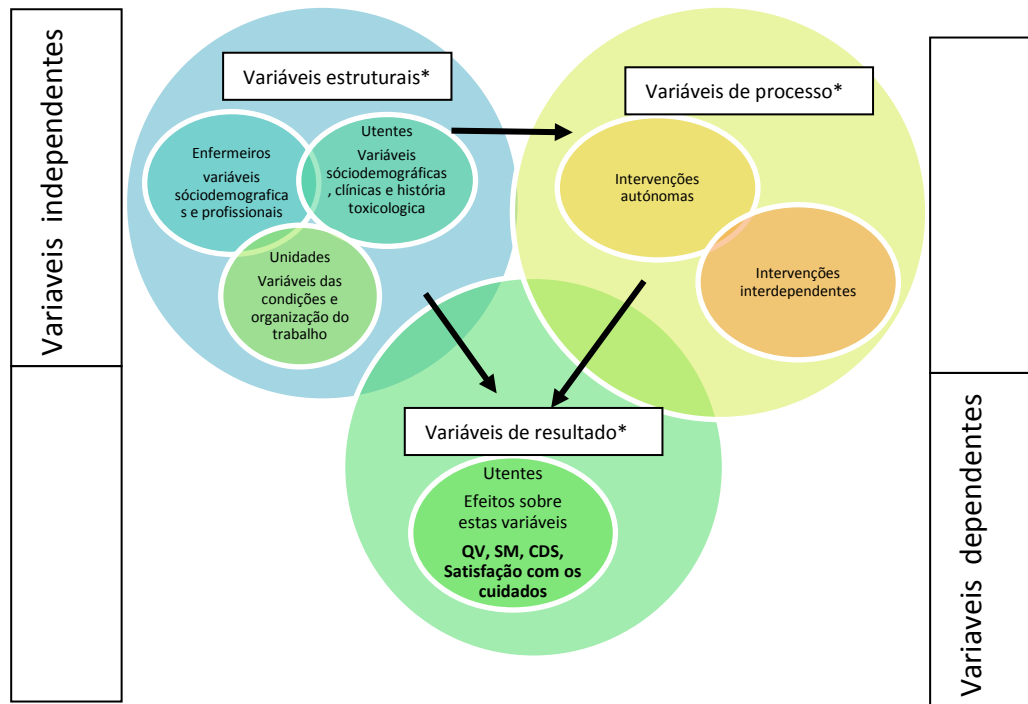
Optámos por um estudo enquadrado no paradigma quantitativo, exploratório, correlacional-preditivo (Reishtein, 2005; Macnee & McCabe, 2008; Fortin, 2009; Fawcett J. , 2011a; Grove, Burns, & Gray, 2013), pois permite selecionar as variáveis e examinar a relação entre elas. As variáveis podem ser escolhidas com base no quadro teórico. Este tipo de desenho permite confirmar a grandeza da relação com base nas correlações e as variáveis são selecionadas pela ação que podem exercer não podendo ser manipuladas. Este tipo de estudos permite por vezes apurar relações de causa e efeito, permite aumentar o conhecimento sobre determinado fenómeno e não tem ambição da generalização para uma grande população (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Este tipo de investigação não experimental também pode ser designado *ex. post fact* pois a variação da variável dependente decorreu no curso normal de fatos (intervenções) que já ocorreram (Ribeiro J. P., 1999; Polit, Beck, & Hungler, 2004). Considera-se no âmbito da epidemiologia um estudo transversal (Ribeiro J. P., 1999; Polit, Beck, & Hungler, 2004; Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013) indicados para descobrir a prevalência de um resultado ou grau de exposição num determinado grupo de pessoas, num momento único ou após um período específico, relacionando múltiplos dados (Ellis, 2013). Não possibilita sempre a demonstração de relações de causa efeito, mas é a metodologia quantitativa mais usada na investigação em saúde (Macnee & McCabe, 2008; Ellis, 2013).

Na figura seguinte (figura 2) apresentamos o desenho de investigação que demonstra os objetivos a atingir. A investigação com base em determinada estrutura teórica que sumariza e integra o conhecimento sobre determinado fenómeno, deve ser suportada pela literatura (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Figura 2- Modelo de relação das variáveis em estudo

\* Variáveis conceituais segundo o Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, Sidani, & Hall, 1998)



Este desenho baseado no NREM constitui-se uma alternativa à dificuldade de comparar intervenções específicas com utentes específicos. Esta bordagem transversal pode limitar a análise da efetividade e da eficácia das intervenções face a determinados diagnósticos (Azzolin, 2011).

## 1.5 - Hipóteses

A necessidade de colocar hipóteses nesta investigação surgiu pela interpretação analítica do modelo teórico que a sustenta (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013). Hipóteses são enunciados que antecipam relações entre variáveis que necessitam de uma verificação empírica (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Wood & Ross-Kerr, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013).

O grupo de variáveis a contemplar no estudo, decorre da representação do modelo, conforme se observa na Figura 1, que antecipa resultados das relações (Wood & Ross-Kerr, 2011). Da interação entre as variáveis representadas no modelo teórico, decorre o estabelecimento de um conjunto de proposições para a presente investigação, em forma de hipóteses (Grove, Burns, & Gray, 2013). Face à multiplicidade de variáveis, iremos subdividir as hipóteses centrais noutras subsidiárias para podermos ter uma posição concreta no teste às hipóteses centrais.

As hipóteses designadas como centrais no nosso desenho de estudo, são classificadas como complexas. Requerem metodologias complexas, são difíceis de interpretar, necessitam de ser subdivididas e são preditivas em termos de relações (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Hipóteses centrais, relacionadas com o modelo teórico “NREM” (Irvine, Sidani, & Hall, 1998):

H1 – As variáveis estruturais dos enfermeiros, têm relações significativas com as variáveis de processo.

H2 - As variáveis estruturais das unidades têm relações significativas com as variáveis de processo.

H3 – As variáveis estruturais das unidades têm relações significativas com as variáveis estruturais dos enfermeiros.

H4 – As variáveis de processo relacionam-se positivamente com os resultados obtidos pelos utentes

H5 – As variáveis estruturais dos utentes, têm relações significativas com os resultados obtidos.

#### Hipóteses acessórias

H6 – Maiores consequências do uso de drogas corresponde a uma menor da perceção da qualidade de vida.

H7 – Pior saúde mental corresponde a uma menor perceção da qualidade de vida.

H8 - Pior saúde mental corresponde a maiores consequências do uso de drogas.

A uma maioria de sub hipóteses validadas, corresponderá a validação da hipótese central (Guadalupe, 2008; Grove, Burns, & Gray, 2013). A complexidade das hipóteses e a necessidade da sua confirmação para validação das proposições do modelo teórico, requer que o grau de evidência seja elevado, nomeadamente, em termos de valor estatisticamente significativo. Quando não se confirmam a maioria das sub hipóteses pode assumir-se que a hipótese central se confirma parcialmente (Reishtein, 2005; Scott, Hofmeister, Rogness, & Rogers, 2010; Grove, Burns, & Gray, 2013). A inclusão de múltiplas variáveis nas hipóteses centrais incorpora a complexidade dos cuidados de enfermagem (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Descrevemos em seguida os procedimentos adotados nas diferentes etapas do estudo e os instrumentos selecionados para a recolha dos dados.

## 1.6 – A construção do instrumento de recolha de dados

Os instrumentos utilizados no modelo de recolha de dados foram seleccionados visando os objetivos do estudo e tivemos em conta algumas recomendações.

O desenvolvimento da investigação nesta área requer o reforço da comparabilidade entre resultados de diferentes estudos (Almeida & Vieira, 2005). Há falta de consenso nos critérios a avaliar como resultado das intervenções e na utilização de instrumentos de avaliação (Passos & Camacho, 1998; Guillén & Nascimento, 2010).

Fizemos algumas opções: escolher os instrumentos adequados à população; com difusão e utilidade em muitos contextos e culturas; já testados e validados para a população portuguesa. Pretendia-mos a comparação de dados, desde que daí resulta-se uma real avaliação das variáveis (Torrens, 2008; Grove, Burns, & Gray, 2013). A utilização de instrumentos reconhecidos por outras disciplinas, para avaliar resultados, pode resultar em dados melhor aceites por maior variedade de disciplinas (Doran D. , 2011).

O modelo de recolha de dados efetivou-se através de questionários (Hall & Doran, 2001; Ellis, 2013) que possibilitam a avaliação do estado de saúde. Os questionários eram compostos por duas partes distintas: uma de caracterização sócio demográfica e outra com escalas e inventários (Ribeiro, 1999), quer para os utentes onde se pretendia aprofundar alguns resultados em saúde, quer para os enfermeiros onde se pretendia aprofundar as intervenções e as condições de trabalho. O autorrelato dos participantes é um dos métodos de recolha de dados mais valorizados na investigação em saúde (Grove, Burns, & Gray, 2013) .

Seguimos a recomendação de utilizar instrumentos com comprovada fiabilidade, validade e utilidade clínica e depois de revistos os conceitos definidores das categorias de resultados (Doran, 2011).

A seleção dos instrumentos a incluir no estudo, deve obrigatoriamente incorporar o que precisamos reunir para testar o modelo teórico subjacente. No entanto, a verificação das proposições do modelo teórico, face às características da população em estudo, requer ao investigador muitas vezes a análise de outras relações entre variáveis (Grove, Burns, & Gray, 2013).

### Caracterização dos utentes

Elaboramos um questionário (anexo III) para caracterizarmos socio demograficamente os participantes. Questiona variáveis estruturais dos utentes (género, idade, estado civil, filhos,

habilitações, profissão, situação laboral, recursos, estado de saúde, dados comportamentais relacionados com o consumo de substâncias); formas de avaliação das variáveis de processo (relação com os profissionais e satisfação com os cuidados de enfermagem).

Do questionário faziam parte 4 instrumentos para avaliar resultados funcionais e a satisfação com os cuidados de enfermagem.

### **Escala de avaliação da qualidade de vida**

Para operacionalizarmos a avaliação da qualidade de vida procuramos um instrumento específico para a população consumidora de drogas. Deparamo-nos com a Escala de Avaliação da Qualidade de Vida em consumidores de drogas por via injectada (Hubley, Russell, & Palepu, 2005) desenvolvida no Canadá a partir da escala da OMS para a qualidade de vida (WHOQOL, 1995). Não respondia aos nossos objetivos, pois não era esta a população que peretendíamos estudar.

Desta escala, foi desenvolvida em Inglaterra, uma escala de avaliação da qualidade de vida, para os consumidores de drogas em geral (Palepu, Hubley, Russell, & Brogly, 2005) e que posteriormente foi adaptada e validada em Espanha (Morales-Manrique, Valderrana, Castellano-Gómez, Benavent, & Palepu, 2007) e mais recentemente na Austrália (Zubaran, Emerson, Sud, Zolfaghari, & Foresti, 2012). Podia ser opção mas o facto de termos acesso a uma escala desenvolvida e validada em Portugal, com dependentes de opiáceos integrados em programas de metadona, a população que queríamos estudar, determinou a nossa opção.

Utilizamos a Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005).

A escala apoia-se na perceção de saúde tal como é definida pela Organização Mundial de Saúde (1995). É um instrumento que perspetiva a saúde envolvendo as dimensões afetivas e cognitivas. Relaciona-se com os aportes positivos da promoção da saúde e da prevenção da doença, englobando a saúde física, mental, social e a satisfação das necessidades humanas (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005). A perspetiva multidimensional segue referências de outros autores (Kaplan, 1989; Ferreira & Santana, 2003).

No estudo que foi desenvolvido para a sua construção e validação para a população portuguesa, foi particularmente interessante verificarmos resultados relacionados com a melhoria da perceção da sua Qualidade de Vida, ao permanecerem em programas de manutenção com metadona, comparáveis a outros estudos com metodologias diferentes e que se debruçaram sobre dados

mais ligados a sintomatologia clínica (Monteiro, 2009; Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010; Morais, 2010).

É composta por duas subescalas. As subescalas relativas aos “fatores da situação sócio familiar e económica” (11 itens) e aos “fatores de satisfação pessoal” (10 itens).

É constituída por 21 itens (Anexo III) em que os sujeitos atribuem a concordância numa escala Likert de 4 pontos. Valores mais elevados correspondem a melhor QV (21-84).

Em relação à fidelidade do instrumento, no estudo de validação para a população portuguesa em 2005 (n=236) foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.88 e num estudo mais recente (n=308) 0.93 (Murcho & Pereira, 2011). Estudos com idêntica população e metodologia.

### **Inventário de Saúde Mental**

Para operacionalizarmos a avaliação da Saúde Mental selecionamos o MHI5 (Mental Health Inventory 5) de Pais Ribeiro (2001) é um questionário de autorresposta, desenvolvido para investigação epidemiológica, visando avaliar a Saúde Mental numa perspetiva que inclui dimensões positivas e negativas (Anexo III). O MHI5 avalia a ansiedade, a depressão, a perda de controlo emocional /comportamental e bem-estar psicológico, com utilização já efetivada com populações dependentes de drogas em diferentes países (Cotralha, 2007; Nyamathi, et al., 2010b). Considera-se um instrumento adequado para a avaliação do distress (Scott, Kline, & Britton, 2004).

Apresenta 5 itens (agrupados em 2 dimensões, distress e bem estar) sendo os sujeitos convidados a assinalarem o seu estado numa escala de Likert de 6 pontos. A cotação da escala é obtida pelo somatório dos itens (2 itens com a cotação invertida). Níveis mais elevados no somatório correspondem a melhor saúde mental (5-30). Está validado para a população portuguesa (Ribeiro, 2011) e num outro estudo (Ribeiro J. P., 2001) demonstrou obter resultados semelhantes que o GHQ28, outro questionário muito difundido mas menos vantajoso pois é de resposta mais prolongada podendo ter menos indicação nesta população (Bowling, 2005).

Em relação a fidelidade do instrumento, no estudo de validação para a população portuguesa (n=690) foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.80 (Ribeiro, 2001) e num outro com familiares de doentes com patologia oncológica (n=167) foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.85 (Guadalupe, 2008). Estes valores são perfeitamente aceitáveis numa escala com poucos itens (Pestana & Gageiro, 2005).

Este instrumento tem a vantagem de ter sido usado como indicador de “provável sofrimento psicológico da população” no 4º inquérito Nacional de Saúde 2005/06 (INE, 2006). Em relação ao ponto de corte tem sido assumido o valor de 52 pontos, após conversão indicada pelos autores (INE, 2006; Guadalupe, 2008; Ribeiro J. P., 2011). O estudo disponível, para a população portuguesa com 15 ou mais anos revelou que 72,4% da população tinha valores acima desse ponto de corte (INE, 2006)

### **Consequências da dependência de substâncias (NOC)**

Para operacionalizarmos a avaliação das consequências da dependência de substâncias o instrumento selecionado foi o “resultado” NOC Consequências da dependência de substâncias (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008).

Ao iniciarmos o estudo em que a problemática se centrava na dificuldade de avaliar o resultado dos cuidados de enfermagem com pessoas dependentes de drogas, tivemos contacto com um instrumento que se centra nas consequências do uso de drogas e sua severidade, o Addiction Severity Index (ASI) (McLellan & al., 1992), já adaptado e utilizado em investigações em Portugal por Neto (1996) e Almeida e colaboradores (2005). Este instrumento foi posteriormente secundarizado pela necessidade que tínhamos de centrar a avaliação na sensibilidade aos cuidados de enfermagem.

Interessante foi verificar que o instrumento que serviu de base para a construção do resultado “Consequências da dependência de substâncias “ e foi utilizado como fonte primária nos testes de validação concorrente foi precisamente o ASI (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004).

As “consequências dos consumos”, que sabemos podem ser físicas, psicossociais e espirituais, são uma das dimensões do problema a que os enfermeiros devem dar resposta (Seabra & Sá, 2012). Para colaborar na gestão desta doença crónica, contribuir para melhor qualidade de vida e bem-estar, torna-se importante avaliar os resultados e as consequências desses consumos com as pessoas, com indicadores que induzam a uma análise pormenorizada (Hubley & Palepu, 2007). É neste contexto que surge este estudo, pois não encontramos evidência desta perspetiva na literatura (Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011). Um indicador é um estado, comportamento ou perceções observáveis ou avaliações relatadas pelo paciente (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010).

Optamos então pelo “resultado” específico que avalia o compromisso do estado de saúde e função social devido à adição a substâncias. Utiliza indicadores de resultado específicos que reagem às intervenções de enfermagem.

A escala tipo Likert possibilita classificar o utente, em cada indicador, numa escala de 5 itens (1 grave...5 nenhuma) em que maior número representa menos consequências da dependência de substâncias.

Pretendemos contribuir para adaptação e validação deste “resultado” para a população portuguesa pois não encontramos evidência da sua utilização em estudos nacionais, nem internacionais, excetuando o estudo inicial relatado na versão original (Moorhead, *et al.*, 2008) em que a avaliação com 16 (n) consumidores de drogas apresentou um intervalo de confiabilidade 0,89-0,91 e com um coeficiente alfa para os itens individualmente com valores entre os 0,43 e os 0,71. A concordância aproximada entre examinadores foi de 87%.

Considera-se em relação a estas escalas de avaliação da *Nursing Outcomes Classification* (NOC) que à medida que a confiabilidade e a validade das medidas de resultado, for evoluindo, é necessário validar se os resultados são suficientemente sensíveis às intervenções de enfermagem, o que remete para os processos de validação clínica e posterior utilização na investigação clínica (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010).

A opção por este “resultado” foi apoiada na recomendação dos autores para a utilização, testagem na prática clínica e análise dos resultados, por diferentes investigadores em diferentes países, de forma a contribuir para o desenvolvimento de cada escala (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004).

### **Avaliação da Satisfação com os cuidados de enfermagem**

Para a avaliação da satisfação com os cuidados de enfermagem, recorreremos à Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde (SUCECS26) de Ribeiro (2005).

Podemos definir satisfação com os cuidados como uma série de reações da pessoa à experiência dos cuidados de saúde, e ainda, a distância entre o que a pessoa espera dos cuidados e a sua perceção do que realmente recebe (McIntyre & Silva, 1999).

Se verificamos que a satisfação com os cuidados se relaciona diretamente com a adesão, enquanto conceito associado à extensão no qual o comportamento da pessoa coincide com o aconselhamento do profissional, podemos concluir que a satisfação é um bom indicador para

avaliarmos a qualidade dos cuidados prestados, dos quais as pessoas foram beneficiárias no percurso de saúde-doença (Ribeiro A. L., 2005; Sousa, Peixoto, & Martins, 2008).

A satisfação com os cuidados de enfermagem é um indicador determinante na análise do trabalho dos enfermeiros, desde que os instrumentos que utilizamos para a avaliar tenham indicadores sensíveis aos mesmos (OE, 2002). É um bom indicador para a avaliação da qualidade das intervenções autónoma se o instrumento respeitar o enunciado da natureza multidimensional do conceito e se relacionar os cuidados prestados, às necessidades e às expectativas dos beneficiários (Doran D. I., 2002; Ribeiro A. L., 2005; Wagner & Bear, 2009).

A opção por esta escala deveu-se mais uma vez a necessidade de comparar dados em diferentes estudos (Anexo III).

Esta escala já testada em inúmeros contextos de cuidados (Alves, 2007; Correia, 2007; Sousa, Peixoto, & Martins, 2008). Tem uma indicação clara para utilização em diferentes populações, em contexto de cuidados na comunidade em regime de ambulatório.

É constituída por 26 itens no total, em que os sujeitos atribuem a concordância numa escala Likert de 4 pontos (0-3). Valores mais elevados correspondem a melhor satisfação com os cuidados (0-78). Integra 6 sub escalas nomeadamente: formalização da informação (2 itens), qualidade na assistência (9 itens), individualização da informação (6 itens), envolvimento do doente (3 itens), informação dos recursos disponíveis (3 itens), promoção de elo de ligação (3 itens).

Deve-se transformar em percentagem agrupando as dimensões: divide-se o valor obtido por cada dimensão, pelo máximo de pontos possíveis no conjunto dos itens da dimensão e multiplica-se por 100%.

No estudo de validação para a população portuguesa em 2003 (n=225) foi obtido um Alfa de Cronbach de 0.89 e num estudo mais recente (n=200) obteve-se um alpha de 0.81 (Alves, 2007).

### **Caraterização dos enfermeiros**

Elaboramos outro questionário (anexo IV) para podermos realizar a caracterização sócio demográfica dos enfermeiros: Questiona variáveis estruturais (idade, género, estado civil, habilitações, situação laboral, experiência profissional geral e especificamente em cuidados com pessoas consumidoras de drogas).

Do questionário faziam parte 2 instrumentos para caracterizar as condições de trabalho e as intervenções que os enfermeiros reconhecem praticar.

### **Avaliação das Condições do trabalho**

Para a caracterização das condições do trabalho recorreremos ao Job Diagnostic Survey (JDS) de Almeida e colaboradores (2009).

Este instrumento utilizado para analisar as características do trabalho, tem sido muito utilizado em vários países, culturas e com diferentes profissões. Têm sido apresentadas desde a versão original de Hackman e Oldman em 1980, vários modelos alternativos sobre a estrutura, nomeadamente no número de fatores.

A opção por este instrumento para a caracterização do trabalho deveu-se a verificação que este tem sido o instrumento utilizado pelas autoras do Modelo da Efetividade do Papel da Enfermagem, nomeadamente no estudo clínico de validação do modelo (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

É uma escala que avalia as cinco dimensões características do trabalho definidas por Hackman e Oldman: Variedade de aptidões, identidade do trabalho, significado do trabalho, autonomia e feedback,

Utilizamos uma escala já validada para a população portuguesa, num estudo em que se confirmou que a escala que apresentava melhor ajuste era com 6 fatores (as 5 características do trabalho e um sexto fator constituído por itens negativos). A amostra foi de 552 trabalhadores pertencentes a diferentes grupos profissionais. Para a verificação da fiabilidade, verificou-se valores relativamente baixos de Alpha de Cronbach, justificados pelo elevado número de fatores para escasso número de itens, e recorreu-se ao índice de fiabilidade compósita (variância extraída média) que apresentou valores iguais ou superiores a 0.70 (Almeida, Faisca, & Jesus, 2009).

Nesta escala os itens (3 itens para 5 fatores) podem ser classificados num intervalo de 1-7 e podem ter um total que vai de 15-105. Valores mais altos correspondem a melhor perceção das condições do trabalho (Anexo IV).

Todos os autores após pedido prévio autorizaram a utilização dos instrumentos (Anexos II).

### **Avaliação das intervenções de Enfermagem**

Os indicadores de processo ou seja, as intervenções que os enfermeiros realizam e a forma como as avaliamos, tem sido uma dificuldade a contornar em muitos estudos pela falta de bases de dados sistematizados, independentemente do modelo teórico apresentado (Doran, Sidani,

Keatings, & Doidge, 2002; Doran, et al., 2006). A obtenção destes dados é necessária para a avaliação da efetividade e quantidade das intervenções.

A ausência de uma base de dados onde se extraíssem as intervenções realizadas e a dificuldade de encontrar registos escritos rigorosos sobre as intervenções realizadas pelas equipas (Seabra & Sá, 2012), levou-nos a elaborar um quadro de referência com intervenções específicas de enfermagem para os enfermeiros assinalarem a frequência com que as realizavam. Este quadro, foi elaborado com base na totalidade das intervenções recomendadas pela NIC para os diagnósticos ligados ao consumo de substâncias (todas as atividades indicadas), surgiu das intervenções específicas que encontramos na bibliografia e que nos pareceram indicadas para a nossa realidade (Ontario., 2009; Nyamathi, et al., 2010a; Nyamathi, et al., 2010b) e finalmente do quadro das intervenções recomendadas pelo manual de boas práticas para enfermeiros do IDT,IP (Neto, Coutinho, Coelho, & Cadete, 2009). Tivemos em conta que intervenções psicossociais são eficazes na diminuição do distress em pessoas com doença crónica (Fekete, Antoni, & Schneiderman, 2007).

Desta conjugação de 3 fontes, resultou um quadro com 50 intervenções (anexo IV), onde para cada uma delas, os enfermeiros tinham de preencher a frequência com que as realizam (nunca, rara, assiduamente e frequentemente e sistematicamente), tornando assim possível a obtenção da dose de intensidade das intervenções. A dose de intensidade pode ser obtida pela caracterização da própria intervenção, pela duração e frequência com que esta intervenção é realizada e pela acumulação da intensidade recebida pelos alvos dessa intervenção. A capacidade dessa intervenção ser avaliada em termos da intensidade da sua concretização permite em alguns estudos considerar a efetividade dessa mesma intervenção (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Em tudo o que se relaciona com os dados dos enfermeiros, a relação será feita com a totalidade das intervenções e a frequência que cada um afirma fazer. Para relacionar com os dados da base dos doentes, em que importa relacionar os dados de cada um com a tipologia de cuidados a que está sujeita, assumiu-se como relevante e característico das equipas, todas as intervenções em que a totalidade dos enfermeiros assinala-se realizar pelo menos frequentemente e sistematicamente. Consideramos que menos que isso seriam intervenções realizadas menos assiduamente e como tal não caracterizavam os cuidados da equipa como unidade.

## 1.7 – A seleção das unidades e dos participantes

Durante o ano 2011, existiam na Região de Lisboa e Vale do Tejo, 6 Centros de Resposta Integrada (CRI) e 15 Equipas de tratamento (ET) com programa de metadona. Seleccionamos de forma aleatória simples, 3 equipas de diferentes CRI.

Pretendíamos uma amostra representativa da população da Região de Lisboa e Vale do Tejo: A opção foi seleccionar, de entre as 15 equipas de tratamento, uma equipa do centro da cidade de Lisboa, uma da periferia de Lisboa e outra ainda fora da área metropolitana de Lisboa (zonas limítrofes da região de Lisboa e Vale do Tejo). O nome de cada uma delas foi escrito num pequeno papel e foram introduzidos no respetivo saco conforme o critério da área geográfica. Foi realizada no dia 4.1.2012, na DRLTV, na presença da Sra. Coordenadora de Enfermagem que teve a amabilidade de acompanhar todo o processo e iniciar o processo de articulação com os diretores de CRI e responsável de Enfermagem.

O acesso ao campo foi requerido em 21.11.2011 e foi autorizado a 21.12.2012 pelo Conselho Diretivo do IDT, I.P., após parecer positivo do Delegado Regional de Lisboa e Vale do Tejo IDT I.P., (Anexo II).

Seguidamente, apresentamos um quadro onde constam o total das equipas e as equipas seleccionadas (quadro 4).

**Quadro 4 - Universo das equipas na DRLVT e equipas seleccionadas**

<b>Critério geográfico</b>	Equipas do interior da cidade de Lisboa	Equipas da periferia	Equipas fora da área metropolitana
<b>Equipas de tratamento</b>	Taipas; Xabregas	Loures, Cacém, Amadora, Restelo, Parede, Almada, Barreiro, Setúbal	Torres Vedras, Caldas da Rainha, Peniche, Santarém, Abrantes
<b>Equipa seleccionada</b>	C	B	A

As práticas de cuidados em cada CRI, que integram várias ET, são semelhantes na sua essência pois partilham as orientações dos mesmos diretores clínicos e dos enfermeiros responsáveis e partilham a área geográfica. Podemos deste modo considerar que a amostra seleccionada em cada ET é representativa da população de cada CRI e o seu conjunto é representativo da Região de Lisboa e Vale do Tejo.

Quanto ao procedimento de seleção dos participantes:

### Enfermeiros

Tivemos conhecimento prévio que o número de elementos das equipas de enfermagem não era muito elevado. A opção foi incluir todos na amostra, o que permitiu que a amostra fosse constituída pela população acessível (quadro 5). A consciência que a população é reduzida, não

diminui a relevância que são estes os prestadores de cuidados que os participantes-utentes recebem.

**Quadro 5 - Número de enfermeiros em cada equipa**

Local	Nº de enfermeiros
Equipa A	3
Equipa B	3
Equipa C	4

### Utentes

Consideramos que a randomização é o método mais eficaz de controlo das características dos sujeitos a integrar numa investigação (Wood & Ross-Kerr, 2011). A randomização permite a integração de variáveis que não se controla enriquecendo as amostras (Polit, Beck, & Hungler, 2004). O processo de randomização é considerada a estratégia adequada para os estudos sobre intervenções e efetividade, para os estudos que visam respostas a questões específicas e que relacionem diferentes variáveis. Reforça a validade e fiabilidade dos resultados (Wood & Ross-Kerr, 2011; Ellis, 2013).

O nosso estudo, não sendo experimental, procurou a técnica de amostragem que mais contribuiu-se para elevar nível de evidência (Macnee & McCabe, 2008; Wood & Ross-Kerr, 2011).

Durante o ano 2011 estiveram em programa de metadona na DRLVT cerca de 8813 utentes. No dia 31 de Dezembro estavam registados cerca de 5594 (IDT, 2012) que constituem a população alvo (Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Tínhamos como orientação seguinte, identificar o nº de utentes em programa de metadona nas três ET selecionadas, que se constituíam a população acessível (Fortin, 2009).

**Quadro 6 - Número de utentes inscritos e em programa de metadona em cada equipa de tratamento**

Local	Nº de utentes inscritos na ET	Nº de utentes em programa de metadona
Equipa A	399	255
Equipa B	894	430
Equipa C	1708	498

A opção para a seleção dos participantes foi por uma amostragem probabilística, aleatória, sistemática (Polit, Beck, & Hungler, 2004; Fortin, 2009; Wood & Ross-Kerr, 2011).

O procedimento de seleção dos participantes e recolha de dados iniciava-se com a chegada do investigador ao campo (figura 3). Abordava-se o primeiro utente a entrar na sala de atendimento,

seguinte o procedimento regular de cada equipa no seu atendimento. Se aceitasse participar no estudo, era solicitado o preenchimento do questionário, se o participante preferisse em algum momento ou se o investigador percebesse alguma dificuldade de perceção, os questionários eram preenchidos pelo investigador, com o objetivo de maximizar a qualidade da informação (Bowling, 2005; Grove, Burns, & Gray, 2013). Se o utente recusasse, os 2 utentes seguintes não eram abordados, sendo abordado o 3º que se seguia no atendimento regular. Todo o processo escolhido pelo investigador teve a preocupação de interferir o menos possível no funcionamento regular dos programas.

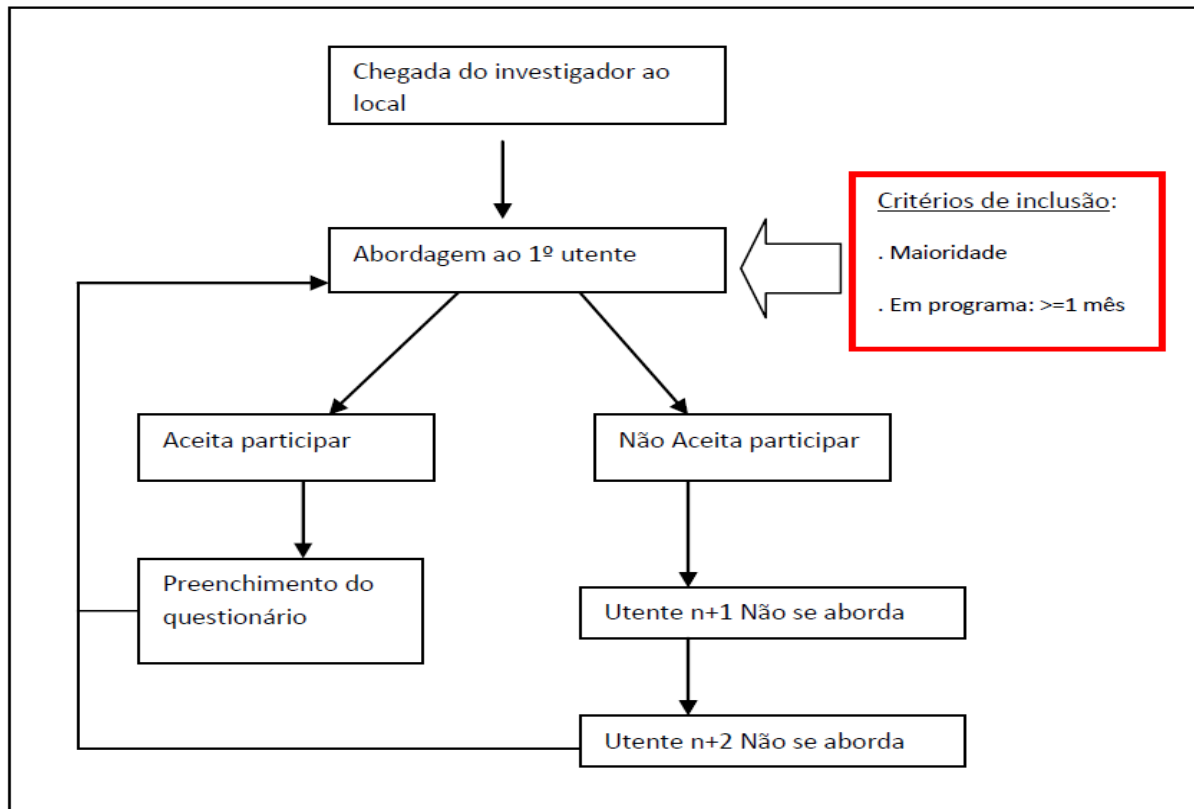
Foi planeado a recolha de dados (abordagem para o preenchimento dos questionários) apenas em períodos do dia em que havia uma sala distinta da sala de atendimento e com condições de garantir a privacidade para a entrevista. O preenchimento era sempre na presença do investigador que servia para esclarecer qualquer dúvida e muitas vezes, sendo o preenchimento realizado pelo investigador, o momento assumia o estatuto de entrevista estruturada pois centrava-se nas questões do questionário.

Ao terminar o preenchimento do questionário, o investigador regressava a sala de atendimento e reiniciava o processo. O objetivo deste método era evitar a amostra de conveniência. A amostra aleatória reforça possibilidade de extrapolação dos dados (Fortin, 2009; Wood & Ross-Kerr, 2011).

A recolha de dados decorria em cada local, todos os dias da semana, garantindo que todos os utentes teriam probabilidades semelhantes (Wood & Ross-Kerr, 2011).

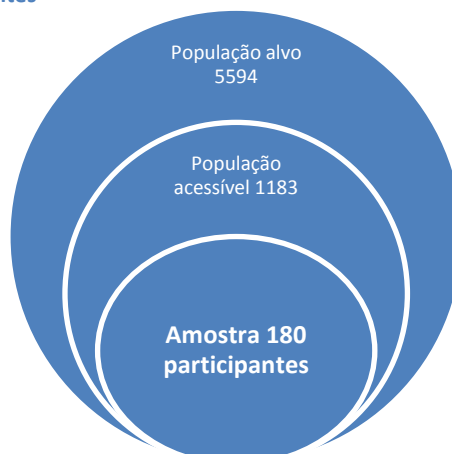
Todos os utentes estando em programa de manutenção com metadona são todos dependentes de opiáceos, embora muitos teriam a possibilidade de ser policonsumidores.

Figura 3 – Processo de amostragem



Entrevistamos 180 pessoas (amostra), 60 em cada local o que nos deu a possibilidade da comparabilidade dos dados. Foram aproximadamente 3,2% da população em programa de metadona na DRLVT. A opção por este número, logo à partida, teve como base o número de participantes necessário tendo em conta o nº de variáveis em estudo e o número de itens de cada instrumento e a fiabilidade das análises estatísticas (Ribeiro J. P., 1999; Pestana & Gageiro, 2005; Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Figura 4 – Seleção dos participantes



É importante a orientação, que defende que um objetivo de explorar e descrever fenómenos pode ser atingido com amostras de menores dimensões (Fortin, 2009; Grove, Burns, & Gray, 2013).

A taxa de aceitação para participar foi outro dado recolhido pois consideramos importante registar quantos não quiseram não participar (quadro 7). Verificamos que onde obtivemos mais participação foi na equipa B.

**Quadro 7 – Percentagem dos utentes que aceitaram participar**

Local	Equipa A	Equipa B	Equipa C
Nº de utentes abordados	131	100	109
Nº de utentes que aceitaram participar	60	60	60
Taxa de resposta	45,8%	60%	55,0%

A recolha de dados decorreu de Fevereiro a Dezembro de 2012 (Anexo I), tendo os objetivos do estudo sido apresentados a cada Diretor de CRI, Coordenador de ET e a cada Enfermeiro Responsável (quadro 8).

**Quadro 8 - Período de recolha de dados**

<b>Equipa A</b>	Fevereiro a Dezembro 2012
<b>Equipa B</b>	Junho a Dezembro 2012
<b>Equipa C</b>	Julho a Outubro 2012

Atendendo ao funcionamento das próprias ET e das suas equipas de enfermagem, procurou-se alterar o menos possível o normal funcionamento e o decurso dos processos. Ponderamos o impacto dos instrumentos de avaliação como elemento estranho e intrusivo na dinâmica do serviço, tendo ainda, particular atenção às características psicológicas (ex. desconfiança) sociais (ex. desemprego) e patológicas (ex. comorbilidades psiquiátricas) dos utentes.

Estudos preliminares que ajudaram nestas opções:

- Realizámos um estudo retrospectivo sobre a perceção dos enfermeiros acerca das necessidades dos consumidores de drogas (com base nos registos efetuados por enfermeiros). Verificamos que não havia uma clara conceptualização da avaliação e os registos eram insuficientes, o que nos levou a decisão de realizar um estudo transversal em vez de longitudinal, pela dificuldade de acompanhar e comparar registos (Seabra & Sá, 2011).

- Realizamos um estudo preliminar onde percebemos que as entrevistas aos utentes teriam que ser mais curtas pela característica da população e ser realizadas por uma equipa de investigação autónoma (o investigador) pois as equipas dos serviços encontravam-se com poucos recursos disponíveis para colaborar na recolha de dados. No estudo preliminar utilizamos para a recolha de dados o EuropAsi (Almeida & Vieira, 2005) para avaliar as consequências da dependência de substâncias, o GHQ28 (Ribeiro & Antunes, 2003) para avaliar a saúde mental e o SF36 (Ferreira, 2000) para avaliar a QV. Todos estes instrumentos foram excluídos por serem muito extensos no seu preenchimento e por haver alternativas que avaliavam os mesmos constructos com a mesma fidedignidade.
- Foi realizado um pré teste com o modelo de recolha de dados que conceptualizamos, numa outra equipa/localidade. Aplicamos a 10 utentes e a 4 enfermeiros e tivemos a confirmação que as escalas escolhidas não apresentavam dificuldades para o seu preenchimento, confirmamos, que a avaliação dos indicadores de resultado NOC era interpretável no contexto real da prática clínica. Os instrumentos de caracterização da amostra dos participantes tiveram ligeira alteração nos dados referentes a história dos consumos de substâncias para melhor perceção (Grove, Burns, & Gray, 2013). Este pré-teste confirmou que há vantagens na utilização de escalas mais pequenas para não sobrecarregar os participantes (Fawcett J. , 2011a).

## 1.8 - Procedimentos éticos

O estudo teve parecer positivo da comissão de ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa datado do dia 23.5.2012 (anexo II).

Todos os participantes deste estudo são voluntários e foram informados acerca dos objetivos da investigação em curso e a participação requerida. Em relação aos utentes e aos enfermeiros, todo o procedimento foi precedido da explicação detalhada dos objetivos do estudo, participação requerida e em caso de aceitação solicitou-se a assinatura do formulário de consentimento livre e esclarecido. (Anexo II).

Com os enfermeiros houve necessidade de solicitar a sua participação enquanto elementos facilitadores para o acesso aos utentes. Fizeram a apresentação do investigador e apenas solicitaram ao utente a autorização para o investigador poder explicitar os objetivos do estudo e solicitar a participação.

Na recolha de dados, o registo dos dados identificativos foi efetuado de forma a salvaguardar a confidencialidade e o anonimato (recorrendo-se, para tal, à construção de um código com a inicial do primeiro e último nome e a data de nascimento). Os dados foram recolhidos tendo como único destino a construção da base de dados para esta investigação.

Em todo o processo esteve presente o princípio da não maleficência. As questões de investigação cumpriram os requisitos éticos pois não colocam em causa a saúde dos participantes. Foi também garantido que a participação do estudo não teria influência no acesso e assistência que o utente necessitava na ET.

Foi assegurada a autorização para a utilização dos instrumentos de avaliação por parte de todos os investigadores principais/autores (Anexos II).

Os benefícios esperados decorrem dos resultados do estudo, da sua divulgação, assim como da adoção das suas recomendações. Com o presente estudo pretende-se contribuir para que os cuidados prestados pelas equipas de enfermagem em particular e as equipas de saúde em geral, com pessoas que consomem drogas, possam responder melhor às suas necessidades de saúde, relacionadas com a sua Qualidade de Vida, com a sua Saúde Mental e que os possam ajudar na gestão das Consequências do Abuso de Substâncias.

## 1.9 - Tratamento e análise dos dados

A análise dos dados pretende determinar a relação entre as variáveis dependentes e as independentes de forma a determinar e a apurar com base na validade dos dados, a possibilidade destes dados representarem a realidade dessa população (Grove, Burns, & Gray, 2013).

Foram selecionados participantes em 3 locais diferentes sendo a amostra final constituída pela totalidade dos “enfermeiros” e por uma amostra da população “utentes”. Agrupamos os dados de cada equipa/local, correlacionamos os dados parcelares de cada local mas igualmente agrupamos e analisamos a amostra total.

Este desenho de estudo tem a particularidade de termos os dados referentes a cada amostra, em duas bases de dados diferentes, mas a necessidade de se relacionarem entre si leva a que se crie novas variáveis na base de dados dos participantes-enfermeiros, agregando os dados de determinadas variáveis de cada equipa, e depois na base de dados dos participantes-utentes, são desagregados para que o valor correspondente (ponderado face às variáveis agrupadas) possa ser relacionado com os dados da amostra na totalidade ou mesmo individualmente se for necessário (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002). Exemplos concretos passaram por recodificar a variável da formação profissional dos participantes-enfermeiros em 2 grupos, ou ainda a obtenção da média por equipas de algumas variáveis como as condições do trabalho ou o número de intervenções sistemáticas.

Este procedimento estatístico, muito usado em estudos correlacionais, implica a perda de algum detalhe dos dados (pela agregação prévia à relação entre variáveis) (Hoy & Hardiker, 1999).

Utilizamos estatística descritiva, correlacional e inferencial recorrendo ao programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0.

Inicialmente os dados foram explorados através de estatística descritiva, recorrendo a medidas de tendência central e de dispersão (Marôco, 2011). Posteriormente a estatística inferencial foi utilizada para análise das relações entre variáveis (Marôco, 2010; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Em termos da análise estatística utilizamos os testes paramétricos pois pelo tamanho da amostra assumimos o “teorema de limite central” como determinante para a análise. A maioria das variáveis apresentou uma distribuição normal dos dados ou próximos à normalidade avaliada através à utilização do método de análise da normalidade da distribuição Kolmogorov-Smirnov (KS), com dados distribuídos de forma simétrica e com valores de achatamento considerados normais (Marôco, 2011). Apuramos a homogeneidade das variâncias nas três amostras através do

teste de Levene (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2011). O facto das variáveis dependentes serem quantitativas reforça esta opção (Wood & Ross-Kerr, 2011).

Os testes paramétricos utilizados foram:

Anova one-way – A análise de Variância a um fator, permite verificar qual o efeito de uma variável independente de natureza qualitativa (com duas ou mais do que duas categorias) numa variável dependente de natureza quantitativa (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2011). Utilizou-se esta prova paramétrica neste estudo com o objetivo de comparar as 3 amostras com os resultados QV, SM, CDS, SUCECS.

Foi possível utilizar esta prova paramétrica pois os três grupos revelaram distribuição normal nestas variáveis dependentes (averiguado através dos testes de normalidade Kolmogorov-Smirnov).

É importante ainda referir que esta prova paramétrica foi utilizada para comparar os três grupos nas variáveis demográficas idade, escolaridade, estado civil, género, consumo de cada substâncias (entre muitos outros exemplos) testando assim a homogeneidade das 3 amostras nestas variáveis. Sempre que com o teste Anova verificamos valores de *p value* acima de 0,05 mas relativamente próximos deste valor, recorreremos ao teste Anova Pós Hoc, teste de Bonferroni para comparação múltipla de médias, para comparar os grupos 2 a 2 nestas variáveis, averiguando com esta análise mais pormenorizada se a homogeneidade se perdia.

T de Studen para amostras independentes – Permite testar hipóteses sobre médias de uma variável de nível quantitativo em dois grupos formados a partir de uma variável qualitativa, ou seja, permite testar o efeito de uma variável independente qualitativa (com duas categorias - 2 grupos) numa variável dependente quantitativa (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2011). Foi possível utilizar esta prova paramétrica porque os dois grupos revelaram distribuição normal nestas variáveis dependentes (averiguada através dos testes de normalidade).

A comparação intra sujeitos foi realizada através do teste *t* para amostras emparelhadas.

Correlação de Pearson – É uma medida de associação linear entre variáveis quantitativas que varia de -1 a 1. Traduz a força de associação das variáveis. Indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso (Pestana & Gageiro, 2005).

Coefficientes de correlação inferiores a 0,3 indicam associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 correlação moderada e acima deste valor indicam correlação forte (Pestana & Gageiro, 2005). No entanto, em ciências sociais e do comportamento, dada a pouca expressividade das relações entre

as variáveis, há autores que sugerem outras leituras aceitando-se por correlações fracas, moderadas e fortes, referências de 0,1; 0,3 e 0,5 respectivamente (Pallant, 2001). Face à flexibilidade dos critérios utilizados na investigação empírica, utilizamos como critérios de correlações fracas ( $<0,2$ ), moderadas ( $0,2-0,6$ ) e fortes ( $>0,6$ ) (Cardoso, 2011).

Para se poder aplicar a correlação de Pearson as variáveis têm de ter distribuição normal ou próximas à normalidade (Marôco, 2011). Utilizou-se esta prova estatística no sentido de se correlacionar as escalas QV, MHI5, CDS, SUCECS, com variáveis sociodemográficas, relacionais e da história toxicológica, e para correlacionar as escalas dos instrumentos entre si.

A consistência interna foi determinada pelo valor alfa de Cronbach. Esta medida é encontrada com base na média das intercorrelações entre todos os itens do teste (Marôco, 2011).

Regressão linear – É uma técnica estatística inferencial. Utiliza-se o modelo de regressão linear ajustado, para avaliar o efeito de variação de uma variável sobre outra, desde que se comprove o ajuste dos dados (Marôco, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013).

Modelo de equações estruturais – utiliza-se esta técnica estatística para testar a validade de modelos teóricos, que definem relações causais, hipotéticas, entre variáveis. As relações podem indicar a magnitude do efeito que as variáveis independentes apresentam sobre as dependentes, num conjunto de hipóteses construídas na associação entre variáveis do modelo. Baseia-se num quadro teórico estabelecido previamente, em que o investigador recolhe dados que confirmem ou não esse quadro teórico (Marôco, 2010).

Testes não paramétricos utilizados foram:

Teste Qui-Quadrado – O teste de  $X^2$  serve para testar a associação entre duas variáveis nominais com duas ou mais categorias. Foi possível aplicar-se este teste dado os requisitos para a sua aplicação estarem preenchidos. Este teste compara as frequências observadas com as que se esperam obter no universo em estudo (Pestana & Gageiro, 2005). Um dos pressupostos para o uso deste teste relaciona-se com o facto de cada célula em análise não poder ter frequências esperadas inferiores a 1 e que mais do que 20% das células não tenham frequências esperadas inferiores a 5. Os graus de liberdade do teste do Qui-quadrado são apresentados entre parêntesis, correspondendo ao produto do número de colunas menos um, pelo número de linhas menos um. Quando não estavam cumpridos todos os critérios, utilizamos a correção de Monte Carlo com o cuidado de garantir um nível de significância adequado.

Quando verificámos a violação clara da hipótese da normalidade, optámos por testar as diferenças entre os grupos através de testes não paramétricos (Teste de Kruskal Wallis e Teste de

correlação de Spearman). Estes testes foram utilizados para comparação de médias entre algumas variáveis intervalares na amostra dos enfermeiros ( $n=10$ ) e na correlação entre algumas variáveis contínuas.

O nível de significância (probabilidade de erro tipo I/ $\alpha$  que estamos dispostos a aceitar) utilizado neste estudo foi de 0,05 (5%).

Para fazer face às limitações na interpretação do resultado dos testes estatísticos, na análise inferencial, recorreremos à análise da potência do teste quando as amostras são de reduzidas dimensões. Sabemos que potência do teste pode ser afetada principalmente pela dimensão da amostra em estudo (afeta a sensibilidade do teste) e um valor aceitável desta potência ( $\geq 0.8$ ) reforça a significância dos testes estatísticos. No entanto, sabemos que nas ciências sociais e humanas e na área da saúde por vezes é difícil obter este valor de potência dos testes, encontrando-se com frequência valores entre os 20% e os 50%, sendo recomendáveis acima dos 50% (Marôco, 2011; Loureiro & Gameiro, 2011).

## ***CAPITULO III – RESULTADOS***

No decurso desta fase pomos em prática o plano elaborado na fase metodológica



## **1 – FIABILIDADE E VALIDADE DOS INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO**

Para a realização do estudo e antes de interpretar os resultados encontrados, realizamos a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos utilizados. Realizamos a análise de fidelidade e validade seguindo as recomendações de alguns autores (Pestana & Gageiro, 2005; Loureiro, Ferreira, & Fernandes, 2010; Marôco, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013) começando pela procura da normalidade na distribuição dos dados e complementarmente a análise fatorial da maioria dos instrumentos.

Partindo do estudo da fidelidade do instrumento através da determinação da consistência interna, asseguramo-nos que a correlação de cada item com todos os outros (item-total) fosse pelo menos de 0,200. Garante mais consistência interna, mais homogeneidade e estabilidade da escala. A extração dos itens que não cumprem esse critério incrementa o valor do alpha.

A variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos foi determinada com um valor mínimo de comunalidade 0.30 para ser incluída.

Para o estudo da validade de constructo recorremos à análise fatorial exploratória e confirmatória (em algumas escalas) pelo método de Componentes Principais (ACP). Utilizamos as rotações ortogonais dos fatores VARIMAX, com o objetivo de interpretar as soluções que emergiam em cada análise. Relativamente à decisão do número de fatores a reter na análise, definiu-se como critério a retenção dos fatores que apresentassem valores próprios iniciais (eigenvalue)  $\geq$  a 1 e que cada fator explica-se pelo menos 5% da variância. Esta análise foi acompanhada pela verificação gráfica do critério scree plot.

Completamos este estudo da validade de constructo garantindo o grau de ajuste dos dados à análise fatorial através do teste kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que garante maior grau de ajuste quando mais próximo o valor estiver de 1 (0,5-1) e do teste de esfericidade de Bartlett que se baseia na distribuição de  $X^2$  para testar a hipótese de correlação (deve ter um p value de  $< 0,1$ ) para permitir a adequação do ajuste dos dados.

Para a escolha das soluções fatoriais finais seguiram-se determinados critérios:

- a) Validade convergente do item com o seu fator deve respeitar a correlação com o fator  $\geq$  .30, com o objetivo de manter a independência dos fatores.
- b) Validade discriminante com o fator, ou seja, cada item deve estar correlacionado apenas com um fator ou pelo menos garantir que se houver correlação com dois fatores, a

diferença entre eles deve ser pelo menos 0,10. Isto se a pertinência da utilização e manutenção do item se justificar teoricamente.

- c) A solução adotada em termos de determinação de fatores deve explicar aproximadamente 50% da variância total, aceitando-se a partir de 40%.
- d) Manutenção da harmonia entre a estrutura teórica subjacente ao instrumento e a solução encontrada.
- e) Cada fator deve ser constituído no mínimo por 3 itens.

Sobre a decisão da inclusão dos itens em determinado fator quando ele pesa em mais que um, importa decidir entre o seu peso e importância teórica para o seu fator, pois em ciências da saúde, não há itens verdadeiramente independentes, daí muitas vezes pesarem em mais que um fator (Marôco, 2010).

Por último, a solução encontrada deveria ser interpretável e com sentido teórico, ficando em aberto a possibilidade de renomear as dimensões definidas pelos autores originais sem no entanto divergir do modelo teórico subjacente à construção do instrumento.

Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005)

Em relação a este instrumento, construído e validado para uma população específica, consideramos interessante aprofundar a análise das suas propriedades psicométricas. Realizamos a análise fatorial exploratória e confirmatória pois a diferença da população em termos regionais e a distância temporal, poderia requerer um processo de adaptação da escala (que veio a acontecer).

Na análise da fidelidade do instrumento (com os seus 21 itens) aplicado à nossa população em estudo ( $n=180$ ), apuramos um  $\alpha = ,887$ , semelhante ao estudo original. Verificamos a correlação item-total e verificamos a necessidade de eliminar o item 18 ( $,016$ ). Todas as comunalidades apresentaram valores acima de 0,40. A adequação dos dados à análise fatorial revelou um KMO de 0,875;  $p < ,001$  (anexo VII). A análise fatorial exploratória através do método dos componentes principais apresentou 58,42% da variância explicada por 5 fatores o que difere dos 2 fatores apresentados pelos autores na escala original (anexo VII).

Ao extrairmos o item 18: Todos os itens assumem uma correlação item-total  $> 0,200$ ; o alfa sobe ( $\alpha = ,895$ ) e o KMO sobe para 0,877 mantendo estabilidade do teste de Bartlett; as comunalidade mantêm-se acima dos 0,400; A variância total explicada pelos 5 fatores encontrados pela análise fatorial exploratória sobe para 60,445%.

Esta apresentação da escala com 5 fatores divergia da matriz teórica do instrumento inicial e foi desde logo decidido procurarmos outra solução, além de que, 10 itens pesavam em mais que um fator. Através da análise confirmatória (excluindo o item 18) forçando para os 2 fatores originais da escala. Verificamos que 4 itens apresentavam comunalidades  $<0,30$ . A variância total explicada após a rotação descia para 43,11% e 4 itens pesavam em mais que um fator.

Ao explorarmos com 3 fatores o KMO mantém-se em 0,877 e o teste de Bartlett mantém-se dentro dos critérios, duas comunalidades (item 4 e item 20 assumem comunalidades muito próximas de 0,30), a variância total explicada pelos 3 fatores após a rotação sobe para 49,60%. Apesar de esta estrutura apresentar 3 itens que pesam em mais que um fator, com diferenças  $<0,10$ , justificam-se pelo modelo teórico subjacente, nomeadamente os aspetos relacionados com o suporte social e familiar, determinantes para a perceção que os indivíduos fazem da sua qualidade de vida. A inclusão destes 3 itens é perfeitamente enquadrável com os 3 fatores criados. O alfa é superior ao inicial ( $\alpha=,895$ ). Testamos ainda extrair o item 12 por pesar nos 3 fatores e verificamos que o KMO descia (0,874) a variância explicada descia (49,51%) e a consistência interna descia ( $\alpha=,886$ ).

Assim a estrutura mais estável ficou determinada por 3 fatores, sendo possível determinar os itens que mais pesam em cada fator (tabela 1). Tivemos necessidade de renomear os fatores, transformando com base na teoria, os fatores originais: 1 – fatores de situação sociofamiliar económica; 2 – fatores de satisfação pessoal, em novos fatores: 1 – Satisfação pessoal e autocuidado (8 itens); 2 – Situação sociofamiliar (8 itens); 3 – Situação socioprofissional e económica (4 itens).

A análise fatorial propõe uma escala com 20 itens, que vai ser utilizada neste estudo.

**Tabela 1 – Cargas fatoriais e variância na Escala QV com 3 fatores**

Itens	Cargas fatoriais		
	1	2	3
QVP3. Passou a preocupar-se com a sua recuperação*	,762		
QVP1. O tratamento tornou-o uma pessoa diferente	,693		
QVP7. Alterou a sua maneira de ver a vida*	,655		
QVP10. Passou a ter novos interesses na vida*	,644		
QV19. Acredita no programa de metadona	,624		
QVP16. Passou a sentir-se confiante consigo próprio*	,582		
QVP5. Passou a conseguir estabelecer metas na sua vida	,577		,402
QV21. Passou a cuidar de si próprio	,503	,364	
QVP15. Passou a ter o apoio da família		,775	
QVP11. Passou a partilhar com a família/amigos os seus problemas		,613	
QVP6. Passou a sentir que as outras pessoas o/a respeitam mais	,390	,593	
QVP9. Sente-se mais apoiado	,431	,508	
QVP2. Mudou o relacionamento com a família	,450	,507	
QVP12. Passou a ter a sua vida organizada	,322	,501	,471
QV20. Passou a sentir-se mais satisfeito sexualmente*		,493	
QVP4. Procurou fazer novos amigos que não estejam ligados à droga*		,429	
QVP14. O trabalho ajudou a ter uma vida organizada*			,805
QVP17. Passou a gostar de ir trabalhar*			,734
QVP8. Passou a conseguir trazer dinheiro para casa sem o gastar			,654
QVP13. Passou a conseguir gerir o dinheiro		,320	,537
<b>Variância explicada</b>	<b>35,70%</b>	<b>7,40%</b>	<b>6,48%</b>

Avaliando a fidelidade da escala, ressalta uma boa consistência interna  $\alpha=0,895$  (escala total) e os coeficientes das subescalas foram aceitáveis (tabela 2).

**Tabela 2 - Estrutura fatorial da escala QV e coeficiente de consistência interna**

Nome do fator	Nº de itens	Alpha
1 - Satisfação pessoal e autocuidado	8	,847
2 - Situação sociofamiliar	8	,791
3 - Situação socioprofissional e económica	4	,717

Para avaliar ainda a validade do instrumento e a sua robustez, aprofundamos ainda a relação entre as diferentes subescalas, onde apuramos que todas as correlações ( $r$  de Pearson) são fortes e que a maior correlação entre subescalas ocorre entre os fatores da situação sócio familiar e a satisfação pessoal e autocuidado ( $r=,674$ ;  $p<0,01$ ). Consideramos igualmente importante apurar quais as dimensões da QV (subescalas) que mais contribuem (Pestana & Gageiro, 2005) para a perceção global da QV. Verificamos que a maior correlação da escala total é com a “Satisfação sociofamiliar” seguida da correlação com a “Satisfação pessoal e autocuidado”. Ou seja, quanto melhor a satisfação sócio familiar e a satisfação pessoal e autocuidado, melhor a perceção da QV (tabela 3).

**Tabela 3 - Correlação entre as subescalas QV e a escala total**

	Escala total	Satisfação pessoal e autocuidado	Situação sócio familiar	Situação sócio profissional e económica
Escala Total	1			
Satisfação pessoal e autocuidado	,882**	1		
Situação sócio familiar	,897**	,674**	1	
Situação sócio profissional e económica	,741**	,518**	,513**	1

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

### MHI5 (Ribeiro, 2001)

A universalidade da utilização deste instrumento em inúmeros contextos de investigação e avaliação clínica, levou-nos a ponderar a não realização da análise fatorial. Além do mais, provém de um instrumento mais abrangente, o SF36 igualmente com uma extensa utilização (Ferreira & Santana, 2003). A impossibilidade de alterar teoricamente o número de itens em cada fator (apenas tem 5 itens) reforça a nossa decisão.

O inventário aplicado à população em estudo ( $n= 180$ ) demonstrou bons valores de consistência interna ( $\alpha=,880$ ) superiores ao estudo de validação para a população portuguesa. As subescalas apresentaram valores razoáveis (tabela 4).

Tabela 4 - Estrutura fatorial do MHI5 e coeficiente de consistência interna

Nome do fator	Nº de itens	Alpha
Distress	3	,841
Bem-estar	2	,762

Consideramos igualmente importante apurar quais as dimensões da SM (subescalas) que mais contribuem para a percepção global da SM. Verificamos que a maior correlação da escala total é com a “Distress” seguida da correlação com a “Bem-estar”. Ou seja, quanto melhor o valor de distress (maior valor corresponde a menor distress) melhor a SM. A correlação encontrada entre as duas (2) subescalas é forte ( $r=,729$ ;  $p < 0,01$ ).

Tabela 5 - Correlação entre as subescalas SM e a escala total

	MHI5 total	SM Distress	SM Bem-estar
MHI5 valor total	1		
SM Distress	,957	1	
SM Bem-estar	,897	,729	1

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

#### Consequências da dependência de substâncias (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004)

A utilização deste instrumento no nosso estudo, pressupunha duas etapas. A validação de conteúdo e posteriormente a validação clínica. A validação de conteúdo pretende reduzir incertezas, dificuldades e limitações em todo o processo de monitorização da eficiência dos cuidados (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008), permite tornar um resultado legítimo para uma dada situação clínica (Holsbach, 2009). Estas eram determinantes pois não encontramos nenhum estudo publicado, sobre este resultado NOC.

A validação de conteúdo de resultados dos cuidados de enfermagem, e seus indicadores, tem como objetivo definir o grau em que estes são eficazes para avaliar intervenções específicas de enfermagem pois quando não o fazemos, a pouca sensibilidade da escala ao objeto de estudo pode ser evidente (Schneider, Barcaukas, & Keenan, 2008). Testar os resultados, significa utilizá-los na prática clínica (Chaves, 2008), monitorizando sua resposta e capacidade de avaliar o que se propõe a medir. Posteriormente permite avaliar a efetividade das intervenções de enfermagem (Head, Aquilino, Johnson, Reed, Maas, & Moorhead, 2004; Doran D. , 2011).

Os resultados da NOC contêm inúmeros indicadores de resultados que podem ser classificados pelo grau de importância e ajudam a defini-lo. A validade de um resultado permite-nos afirmar que as características que o definem são autênticas representações do que é encontrado na prática clínica (Seganfredo & Almeida, 2011).

A metodologia utilizada para a validação de conteúdo foi baseada no modelo de Fehring (1987) que tem sido muito utilizado na validação de diagnósticos NANDA e resultados NOC na prática clínica (Garcia, 1998; Head, Aquilino, Johnson, Reed, Maas, & Moorhead, 2004; Chaves, 2008; Holsbach, 2009; Seganfredo & Almeida, 2011; Caldeira, Chaves, Carvalho, & Vieira, 2012).

O processo de validação de conteúdo decorreu em várias fases. Primeiro: o processo de análise dos indicadores originais da equipa de pesquisa da NOC, atualizada na 3ª versão brasileira (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008). Realizamos uma leitura cuidada dos mesmos, procurando uma forma de os classificar e começando a construir as características definidoras até aí indisponíveis na bibliografia disponível. Da revisão da literatura extraímos um quadro de indicadores que se podiam constituir em consequências do abuso de drogas, que juntamos aos 16 indicadores originais deste resultado NOC para alargar a eficiência do resultado. Acrescentamos 12 indicadores com intenção de avaliar as intervenções de enfermagem, direcionadas para determinadas consequências que decorrem do uso de drogas.

Submetemos estes indicadores a um painel de peritos, para procurarmos o grau de concordância com os indicadores selecionados e recolher contributos no que se refere as suas características definidoras.

Para a escolha dos peritos realizamos tal como outros investigadores, uma adaptação do modelo de Fehring (Holsbach, 2009) pois também em Portugal verificamos a escassez de pessoas com um nível diferenciado de pesquisa e com publicações nesta área (Fehring, 1987).

A amostra foi não probabilística, intencional. O perfil dos peritos nos estudos de validação (Chaves, 2008) permite dar maior segurança aos resultados. A participação dos peritos depois de preencherem um quadro com a sua caracterização sociodemográfica consistia em atribuir graus de importância aos indicadores.

Em relação ao questionário aplicado, obtivemos resultados obtidos com base nas médias ponderadas da importância que os peritos atribuíram e que permitiram a construção do instrumento final para ser utilizado na validação clínica. Evoluímos de 16 indicadores na sua versão inicial, para 24 itens na sua versão final.

Numa segunda fase, em que se atendeu ao grau de concordância das características definidoras pelo grupo de peritos, excluámos 3 indicadores (2,3,4) pois não houve concordância, ficando o instrumento final com 21 indicadores.

Estas opções sobre os indicadores, refletem a visão multidimensional do fenómeno, com indicadores relacionados com o consumo e com o seu impacto psicossocial, nomeadamente

relacionados com o envelhecimento, as comorbidades, a vulnerabilidade e qualidade de vida (Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Magalhães & Silva, 2010; Seabra & Sá, 2011).

Nos indicadores principais salientamos que dos 10 selecionados, 8 foram dos que incluímos e apenas 2 pertenciam ao instrumento inicial (dificuldade em manter-se financeiramente e absentismo para o trabalho ou escola). Apresentaram maior percentagem de concordância, o isolamento e solidão, a existência de problemas familiares e a manutenção de uso múltiplo de drogas. Podemos considerar que a taxa de concordância com os indicadores introduzidos, com base na revisão bibliográfica, é satisfatória e na linha de outros estudos (Chaves, 2008; Seganfredo & Almeida, 2011).

Nesta fase ponderamos a cotação da escala com o intervalo de 21-105 (cotação 1 a 5) com o ponto de corte nos 63 (Pestana & Gageiro, 2005). Nesta escala, valores mais elevados significam menos consequências (melhor bem-estar).

Consideramos assim, e em resposta ao objetivo do estudo, que o processo de revisão por pares validou o percurso realizado para a validação de conteúdo do resultado da NOC “Consequências da dependência de substâncias”, quer na perspetiva da pertinência clínica quer no método usado (Seabra, Sá, & Amendoeira, 2013) e que consolida que o conteúdo do “resultado” estava preparado para a sua validação clínica (Anexo VII).

O processo de validação clínica, posterior à validação de conteúdo (Seabra, Sá, & Amendoeira, 2013), foi realizado através da pesquisa clínica com a amostra do estudo e permitiu uma etapa determinante neste processo de validação, que é, o aprofundamento das propriedades psicométricas da escala. A escala CDS por nós adaptada e validada em termos de conteúdo constituiu o ponto de partida, pois, antes da sua validação, era um instrumento sem propriedades psicométricas estudadas (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010), sendo necessário determinar a sua estrutura fatorial e as medidas de confiabilidade (consistência interna).

Realizamos a análise exploratória partindo das respostas às 21 questões com as suas 5 hipóteses de resposta em escala tipo Likert e seguimos os critérios definidos no preâmbulo deste subcapítulo.

Na análise da fidelidade do instrumento (com os seus 21 itens) aplicado à nossa população em estudo ( $n=180$ ), apuramos um  $\alpha = ,867$ , superior ao estudo original (Johnson, *et al.*, 2004).

Verificamos a correlação item-total da escala e verificamos a necessidade de eliminar 3 itens (22, 23 e o 24) por correlação  $< ,200$  item-escala total. Todos os itens apresentaram comunalidades

acima de 0,40. A adequação dos dados à análise fatorial revelou um  $KMO=,800$ ;  $p <,001$  (anexo VII). A análise fatorial exploratória através do método dos componentes principais apresentou 63,88% da variância explicada por 6 fatores (anexo VII).

Ao extrairmos os itens 22, 23 24, todos os itens assumem uma correlação item-total  $>,200$ ; as comunalidade mantêm-se acima dos 0,300; o alfa sobe ( $\alpha=,876$ ) e o KMO sobe para 0,841 mantendo estabilidade do teste de Bartlett; A análise exploratória sem estes 3 itens resultou numa estrutura com 4 fatores mas a variância desce para 57,97%.

Depois de observarmos a estrutura fatorial, após os componentes rodados, decidimos eliminar mais 2 itens (15,20) pois pesavam em mais que um fator com diferenças inferiores a 0,10 o que levou a uma descida do KMO para, 817, as comunalidades mantiveram-se estáveis com valores acima de 0,300 mas a variância subiu para 59,37% mantendo os 4 fatores.

A consistência interna da escala desceu para um alfa de 0,854, perfeitamente aceitável quando estamos perante uma escala com poucos itens (Pestana, *et al.*, 2005).

Apesar de esta estrutura apresentar 1 item que pesa em mais que um fator, com diferenças  $<0,10$  (item 13 - Existência de problemas no relacionamento familiar), justifica-se pela sua importância teórica face a definição teórica deste “resultado” e os objetivos do estudo.

Assim a estrutura mais estável ficou determinada por 4 fatores, sendo possível determinar os itens que mais pesam em cada fator. Por ser um processo de validação original e pioneiro nomeamos os fatores: 1 – Fatores psicofamiliares (4 itens), 2 – Capacidade física e cognitiva (5 itens), 3 – Autocuidado (4 itens), 4 – Fatores Económico laborais (3 itens).

A análise fatorial propõe uma escala com 16 itens, que vai ser utilizada neste estudo (tabela 6).

Tabela 6 - Cargas fatoriais nos fatores encontrados na escala CDS

	Fatores / Consequências			
	Psicofamiliares	Capacidade física e cognitiva	Autocuidado	Económico laborais
CDS 18 Tristeza	<b>0,818</b>			
CDS17 Sentimentos de isolamento solidão	<b>0,805</b>			
CDS19 Ansiedade	<b>0,768</b>			
CDS13 Existência de problemas no relacionamento familiar	<b>0,519</b>	0,487		
CDS4 Função cognitiva prejudicada		<b>0,778</b>		
CDS10 Dificuldades para memorizar acontecimentos da rotina diária	0,324	<b>0,629</b>		
CDS8 Incapacidade de tomar decisões no dia-a-dia		<b>0,613</b>		0,389
CDS11 Dificuldades para manter uma moradia adequada		<b>0,607</b>		
CDS1 Redução da atividade física		<b>0,468</b>		0,309
CDS16 Manutenção de policonsumos			<b>0,861</b>	
CDS14 Falta de motivação para a abstinência			<b>0,829</b>	
CDS21 Participação em atividades ilícitas			<b>0,567</b>	
CDS6 Preocupação com os seus problemas de saúde			<b>0,476</b>	
CDS9 Dificuldades para manter o emprego				<b>0,828</b>
CDS12 Dificuldades para manter-se financeiramente				<b>0,751</b>
CDS7 Absentismo no trabalho ou na escola		0,314		<b>0,563</b>
<b>Variância explicada</b>	<b>32,439</b>	<b>11,205</b>	<b>8,830</b>	<b>6,898</b>

Avaliando a fidelidade da escala, ressalta uma boa consistência interna dos resultados obtidos  $\alpha=0,854$  (total da escala) e os coeficientes das subescalas foram aceitáveis (tabela 7).

Tabela 7 - Estrutura fatorial da escala CDS e coeficiente de consistência interna

Nome do fator / consequências	Nº de itens	Alpha
Psicofamiliares	4	,804
Capacidade física e cognitiva	5	,718
Autocuidado	4	,691
Económico laborais	3	,730

Para avaliar a validade do instrumento e a sua robustez, aprofundamos a relação entre as diferentes subescalas e entre estas e a escala total. Verificamos que a maior correlação com a escala total é da subescala CDS “capacidade física e cognitiva” ou seja, quanto melhor o valor das consequências físicas e cognitivas (maior valor corresponde menos consequências) melhor as CDS. Apuramos ainda que as correlações são moderadas e a maior correlação entre subescala ( $r=,538$ ;  $p<0,01$ ), ocorre entre as consequências económico laborais e as consequências físicas e cognitivas (tabela 8).

Tabela 8 - Correlação entre as subescalas CDS e a escala total

	CDS total	Psicofamiliares	Físicas e cognitivas	Autocuidado	Económicas e laborais
CDS total	1				
Psicofamiliares	,777	1			
Físicas e cognitivas	,811	,500	1		
Autocuidado	,633	,305	,371	1	
Economico laborais	,769	,454	,538	,312	1

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

### Correlação inter-examinadores

O processo de validação clínica de um instrumento pressupõe que haja uma similaridade na forma como diferentes investigadores utilizam a escala (se interpretam cada item da escala de forma semelhante). Foi necessário então verificarmos a concordância entre as avaliações que cada utilizador da escala fez, tendo consciência que esta escala é preenchida consoante o critério de avaliação clínica que o enfermeiro faz do utente, tendo em conta o item em causa (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004). A isto chama-se grau de concordância entre avaliadores / utilizadores que se pode integrar no grupo de itens que suporta a fidelidade do instrumento (Ribeiro, 1999; Fortin, 2009). Assim, partindo deste pressuposto, a opção foi, em cada equipa e após o término das abordagens para a resposta ao questionário, pedimos a colaboração de um dos enfermeiros da equipa para preencherem a escala com o conhecimento que eles detinham acerca do utente.

Procurávamos uma amostra significativa da população em estudo, que possibilita-se a realização dos testes estatísticos inter-avaliadores. Com os enfermeiros que desempenhavam funções na equipa B e C, seleccionamos por amostragem de conveniência (aproveitando o conhecimento mais pormenorizado que os enfermeiros detêm sobre os seus utentes) 10 utentes em cada equipa ( $n=20$ ).

A concordância inter-examinadores foi apurada com o total dos itens da escala que foram utilizados no trabalho de campo, antes de excluirmos os 5 itens durante o processo de análise psicométrica do instrumento.

Utilizamos o teste Kappa de Cohen que aprofunda a concordância entre 2 avaliadores, para uma escala ordinal (Cohen, 1960; Warrens, 2010) que nos permite avaliar o grau de concordância directa. Por se tratar de 10 casos em cada equipa, verificamos o índice K, caso a caso e obtivemos uma média por amostra. Como se trata de um instrumento com diferentes graus de classificação possível, calculamos o índice de correlação de Spearman (Fortin, 2009; Gomes, Bastos, Batista, & Meléndez, 2013), pois os dados não apresentavam uma distribuição normal ( $p < 0,01$ ) (tabela 9).

Tabela 9 - Concordância inter-examinadores

Amostras / valores	K	rho
Amostra B	0,36	,491; p<0,01
Amostra C	0,31	,480; p< 0,01

Os valores encontrados no índice de Kappa indicam um grau de concordância baixo mas próximo do adequado que se designa a partir de 0,40. A correlação entre os valores atribuídos pelos dois avaliadores é suficientemente significativa. Estes valores podem ser justificados pelo número reduzido de observações interexaminadores (Warrens, 2010).

O processo de validação do resultado NOC foi concluído com sucesso pois adequou-se um instrumento que vai permitir monitorizar os cuidados prestados a utentes com uma situação clínica semelhante. Demonstrou-se adequação para monitorizar o acompanhamento daqueles que acumulam consequências dos seus consumos.

Há pouca informação disponível acerca da fiabilidade das escalas e da validade de constructo de muitas das escalas da NOC, incluindo esta na sua versão original (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004; Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010).

#### Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde (26 itens)

(Ribeiro, 2003; Ribeiro, 2005)

O processo de análise fatorial desta escala seguiu os critérios assumidos no preâmbulo deste subcapítulo e as etapas que percorremos para o instrumento da QV.

Em relação a este instrumento, construído e validado para uma população atendida em regime de ambulatório nos Centros de Saúde, por diferentes situações de saúde, consideramos interessante aprofundar a análise das suas propriedades psicométricas. O nosso estudo apresentava características diferentes da sua aplicação original, desde logo o momento da sua aplicação aos utentes. No nosso estudo, o preenchimento foi presencial com pessoas que estavam ainda sujeitas aos cuidados de enfermagem, tal como outros estudos que já o utilizaram presencialmente (Alves, 2007), e no estudo original foi aplicado através de entrevista telefónica a utentes que já tinham sido submetidos aos cuidados mas no momento da entrevista já não se encontravam sob os mesmos.

Outra particularidade foi a sua aplicação num contexto de cuidados diferente, tal como recomenda a autora (Ribeiro, 2005). O nosso estudo passou pela sua aplicação numa população consumidora de drogas (que pelo conhecimento que temos, tal como a autora, é a primeira vez

que se utiliza) e num ambiente de cuidados diferente (não é um centro de saúde) ou seja, aplicado à população que acede em ambulatório às Equipas de Tratamento dos Centros de Respostas Integradas do Instituto da Droga e da Toxicodependência I.P. Interessante o facto verificado durante a realização do trabalho de campo foi decretada a extinção do IDT, IP., e as suas equipas de técnicos passaram para a dependência funcional dos agrupamentos de centros de saúde (ACES) assim como passaram a ser estes os prestadores de cuidados à população antes atendida no IDT, IP.

Realizamos a análise fatorial exploratória e confirmatória, pois as diferenças encontradas poderiam requerer um processo de adaptação da escala, o que se veio a verificar. Na análise da fidelidade do instrumento (com os seus 26 itens) aplicado à nossa população em estudo ( $n=180$ ), apuramos um  $\alpha =,838$ , inferior ao estudo original mas superior a outro estudo mais recente (Alves, 2007). Verificamos a correlação item-total da escala e verificamos a necessidade de eliminar 3 itens (10, 14 e o 21) por correlação  $<,200$  item-escala total. Todas as comunalidades apresentaram valores acima de 0,40. A adequação dos dados à análise fatorial revelou um KMO de ,780;  $p <,001$  (anexo VII). A análise fatorial exploratória através do método dos componentes principais apresentou 63,87% da variância explicada por 8 fatores o que difere dos 6 fatores apresentados pelos autores na escala original (anexo VII).

Ao extrairmos os itens 10, 14, 21: Todos os itens apresentaram uma correlação item-total  $> 0,200$ ; o alfa subiu para ( $\alpha=,857$ ) e o KMO subiu para 0,797 mantendo estabilidade do teste de Bartlett; as comunalidade mantêm-se acima dos 0,400. Realizando nova análise fatorial exploratória, visto que os dados já tinham melhor ajuste, encontramos uma variância de 64,678% mas com 7 fatores.

Esta apresentação da escala com 7 fatores divergia da matriz teórica do instrumento inicial que tinha 6 fatores respeitantes ao espectro das dimensões da “Qualidade”, que importava manter. Foi desde logo decidido procurarmos outra solução, além de que, 3 itens pesavam em mais que um fator com uma diferença  $<0,10$ . Através da análise confirmatória (excluindo os itens 10,14,21) forçando para os 6 fatores originais da escala. Verificamos que todas a comunalidades se mantinham acima dos 0,300. A variância total explicada após a rotação descia para 60,313% e 4 itens pesavam em mais que um fator com uma diferença  $<0,10$ .

Testamos depois todas as hipóteses extraíndo cada um desses 4 itens, mas ponderando a sua importância teórica para cada subescala e para as dimensões da qualidade. Foi decidido extrair apenas o item 9 por ser o mais irrelevante teoricamente. O KMO subiu para 0,801 e variância total explicada pelos 6 fatores aumentava para 62,042%. Todas as comunalidades fixaram-se acima dos 0,400 e consistência interna manteve-se com o  $\alpha=,857$ , mas superior ao valor de alfa

inicial na primeira avaliação com todos os itens. Assim, a estrutura mais estável ficou determinada por 6 fatores originais, sendo possível determinar os itens que mais pesam em cada fator e seguindo as orientações da própria autora atribuindo-os ao fator onde apresentavam mais carga fatorial (tabela 10). Efetuamos uma exceção a este critério pelo enquadramento teórico do fator e semelhança do item em causa.

**Tabela 10 - Cargas fatoriais e variância por fator**

	Fatores					
	1	2	3	4	5	6
31 Sente que os enfermeiros demonstram ser profissionais atualizados e bem informados?	,790					
30 Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestam os cuidados	,755					
28 Os enfermeiros têm em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestam?	,603					
32 Está satisfeito relativamente aos cuidados de enfermagem na ET?	,555		,479	,374		
24 Sente que os enfermeiros atendem-no com simpatia?	,439		,322	,351		
26 Acha que os enfermeiros demonstram ter paciência no atendimento dos utentes?	,428			,380		,396
1 Relativamente à informação que acha necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros fornecem-lhe?		,771				
2 Sente que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos que necessita para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?		,708				
25 Sente que os enfermeiros dão importância aos seus problemas?	,310	,605				
29 Está satisfeito com o conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados que necessita?	,442	,499				
13 Os enfermeiros preocupam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente da ET?			,780			
12 Os enfermeiros preocupam-se em o informar sobre o funcionamento da ET (Horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacina...)?			,701			
6 Está satisfeito relativamente à forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreende, a preocupação em saber se tem mesmo percebido)?	,304		,645			
27 Sente que os enfermeiros o colocam à vontade para pôr as suas dúvidas?				,796		
11 Está satisfeito relativamente à forma como é atendido pelos enfermeiros na ET?				,575		
18 Quando necessita, é fácil contactar os enfermeiros da ET (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?		(,598)		,522		
22 Está satisfeito relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	,311		,332	,490		
4 Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem a sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?					,843	
5 Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?		,375			,806	
3 Relativamente à informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podem ajudar quando necessita)?					,718	
8 Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem e se necessário repetem a informação?						,871
7 Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?						,807
Variância explicada atual	27,80 %	10,57 %	6,90 %	6,24 %	5,73 %	4,78 %

Os fatores são mantidos respeitando o modelo original (respeitando o espectro das dimensões da qualidade) mas alterando ou permutando alguns dos itens constantes em cada fator e reordenando os próprios fatores tendo em conta o peso fatorial. Verifica-se que alguns itens não são completamente independentes pois saturam em mais que um fator (anexo VII). A análise fatorial propõe uma escala com 22 itens, que vai ser utilizada neste estudo.

Avaliando a consistência interna dos dados obtidos, ressalta uma boa fidelidade (alfa de Cronbach-total) da escala  $\alpha=0,857$  e os coeficientes das subescalas foram aceitáveis (tabela 11).

**Tabela 11 - Estrutura fatorial do formulário SUCECS22 e coeficientes de consistência interna das subescalas**

Nome do fator	Nº de itens	Alpha
1 – Qualidade na assistência	6	,761
2 – Envolvimento do utente	4	,768
3 – Formalização da informação	3	,617
4 – Promoção de elo de ligação	4	,611
5 - Informação de recursos	3	,777
6 – Individualização da informação	2	,715

Para avaliar a validade do instrumento e a sua robustez, aprofundamos ainda a relação entre as diferentes subescalas (tabela 12) e a escala total, onde apuramos que todas as correlações são significativamente moderadas ou fortes e que a maior correlação com a escala total é com a subescala “Envolvimento do doente” ( $r=,827$ ). Entre as subescalas, ocorrem relações moderadas em quase todas as correlações em que a mais significativa ocorre entre a subescala "envolvimento do doente" e a subescala "promoção de elo de ligação".

**Tabela 12 - Relação entre as subescalas e entre subescalas e escala total SUCECS22**

	Escala total	Qual. Assistênci:	Envolvi-mento do doente	Formaliza-ção da informação	Promo-ção de elo de ligação	Informação de recursos	Individuali-zação da informa-ção
Qualidade na assistência	,737**	1					
Envolvimento do doente	,827**	,479*	1				
Formalização da informação	,593	,365	,352*	1			
Promoção de elo de ligação	,702	,451*	,514**	,292	1		
Informação de recursos	,620	,217*	,445*	,255	,250	1	
Individualização da informação	,359	,329	,189	,220	,260	,071	1

n=180, \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ) \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Job Diagnostic Survey (JDS) (Almeida, Faísca, & Jesus, 2009)

A utilização deste instrumento, para avaliar as características do trabalho, foi baseada na sua utilização pelas autoras do NREM (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) e pela particularidade de estar já validado para a população portuguesa (Almeida, Faísca, & Jesus, 2009).

Consideramos não estarem reunidas condições para a análise psicométrica do inventário, pela dimensão da amostra onde foi aplicado (n=10) apesar de ter revelado um bom valor de consciência interna ( $\alpha=,775$ ), superior ao estudo de validação para a população portuguesa. As subescalas apresentaram valores razoáveis (tabela 13) apesar da irregularidade provocada pela subescala identidade.

**Tabela 13 - Itens por fator e coeficientes de consistência interna das subescalas JDS**

Nome do fator	Nº de itens	Alpha
Variedade	3	,309
Identidade	3	-,267
Significado	3	,507
Autonomia	3	,781
Feed back	3	,723

A correlação entre as subescalas, e entre estas e a escala total, assinalou relações significativas (tabela 14). A “variedade” é a subescala que mais correlação tem com a escala total seguida da correlação com a “autonomia”, ou seja, quanto maior a variedade do trabalho e a autonomia sentida, melhor avaliação se faz das condições do trabalho. Entre as subescalas a maior correlação é entre a “variedade” e a “autonomia”.

**Tabela 14 - Relação entre subescalas e escala total JDS**

	JDS escala total	subescala Variedade	subescala Identidade	subescala Significado	subescala Autonomia	subescala Feedback
JDS subescala Variedade	r	<b>,909**</b>	1			
JDS subescala Identidade	r	,430	,205	1		
JDS subescala Significado	r	,542	,492	,078	1	
JDS subescala Autonomia	r	,885*	<b>,771**</b>	,235	,376	1
JDS subescala Feedback	r	,743	,687	,155	-,028	,707*

n=10, \*\* Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \* Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Concluindo esta fase de análise da estrutura fatorial e consistência interna, importa afirmar que na discussão dos resultados e ao pretendermos comparar o resultado do nosso estudo com outros a nível nacional, optaremos por converter para valores percentuais (Macnee & McCabe, 2008; Sá, 2008; Ribeiro J. P., 2011).

## **2 – RESULTADOS DE ESTRUTURA, PROCESSO E RESULTADO**

Neste ponto do relatório apresentamos os dados apurados na investigação e as técnicas estatísticas utilizadas na sua análise. Os resultados são apresentados segundo a estrutura conceptual do modelo em estudo nesta investigação (Irvine, Sidani, & Hall, 1998): Variáveis estruturais (relativas aos participantes-utentes, participantes-enfermeiros e unidades), variáveis de processo (intervenções) e de resultado (satisfação com os cuidados de enfermagem, tempo de programa e importância do papel dos enfermeiros como resultados diretos das intervenções, resultados clínicos e funcionais), para possibilitar a análise da sua relação.

Para melhorar a análise dos dados, agrupamos algumas categorias em algumas variáveis (estado civil, habilitações literárias, consumos de substâncias, comorbilidades, situação laboral dos participantes-utentes)

A apresentação dos dados expõe aquela que foi a nossa opção de análise. Primeiro analisamos os dados da amostra total e posteriormente a análise dos dados referentes às três unidades.

### **2.1 - Variáveis estruturais**

A análise das variáveis estruturais relativas aos participantes-utentes, participantes-enfermeiros e unidades constituiu o início da análise de dados.

#### **2.1.1 - Caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes-utentes**

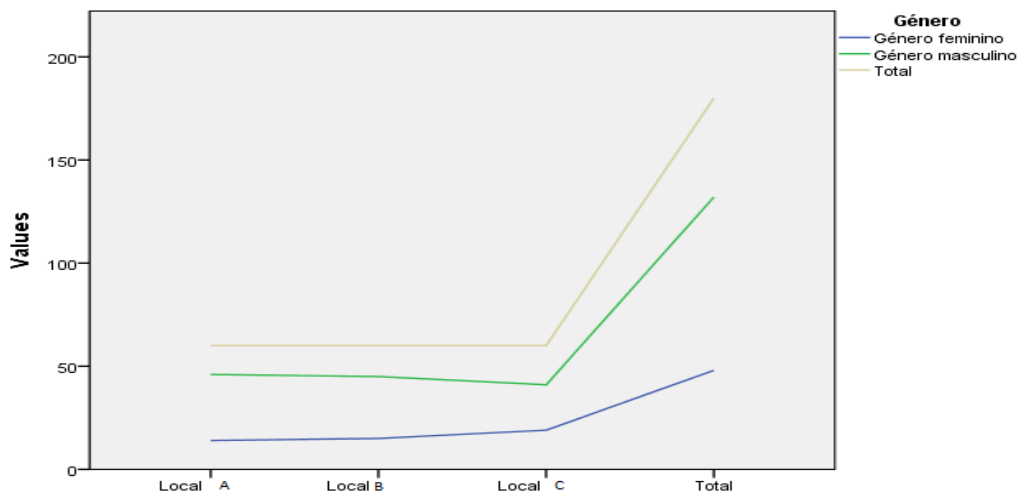
A amostra foi constituída por 180 pessoas dependentes de opiáceos, integrados num programa de manutenção com metadona, selecionados aleatoriamente de forma sistemática em 3 unidades diferentes, constituindo 3 subamostras de 60 pessoas (unidades A, B, C).

##### Género

A amostra em estudo é composta por 132 homens e 48 mulheres. É uma população essencialmente masculina (73,3%) ( $t=54,441$ ;  $gl=179$ ;  $p<,001$ ).

Sendo o género masculino prevalente (gráfico 1), verificamos com o teste de Qui Quadrado que a distribuição da variável género é semelhante nas três amostras ( $\chi^2(2)=1,193$ ;  $p=,551$ ).

Gráfico 1 – Género dos participantes



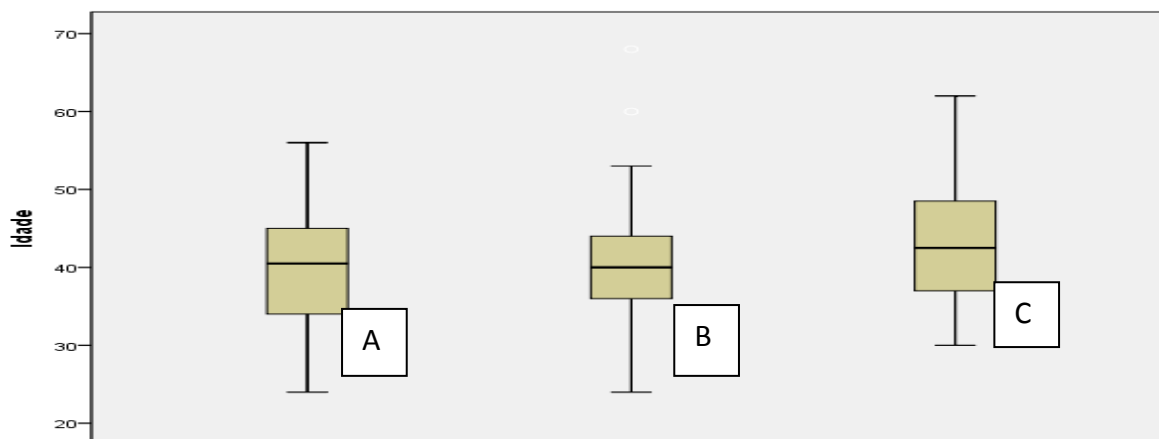
### Idade

A idade dos participantes-utentes ( $n=180$ )  $\bar{x} = 41,02$  [24-68];  $dp=7,58$ .

Utilizando o teste de Kolmogorov-Smirnov ( $KS=0,66$ ;  $p=.052$ ) verificamos que os dados da amostra assumem uma distribuição normal, assim como os dados referentes às 3 unidades.

Os sujeitos da unidade A têm a média de idades de 39,53 [24-56];  $dp=7,4$ ; Unidade B 40,68 [24-68];  $dp=7,6$ ; C 42,85 [30-62];  $dp=7,5$ .

Gráfico 2 – Idade dos participantes



Verificamos com o teste de Levene (Levene=,339;  $p=,713$ ), que nas três unidades, a distribuição dos dados se revelou homogénea na sua variância. O teste ANOVA não revelou diferenças estatisticamente significativas entre os valores da idade dos participantes em cada unidade ( $F = 3,025$ ;  $p=0,051$ ) embora, pelo valor obtido, apuramos a diferença entre as unidades (tabela 15) e verificamos diferenças significativas entre a unidade A ( $\bar{x} = 39,53$ ) e C ( $\bar{x} = 42,85$ ).

**Tabela 15 - Diferença Pós-Hoc (Bonferroni) de médias de idade dos participantes**

Local	Local	Diferença entre médias de idades
A	B	-1,15
	C	-3,31*
B	A	1,15
	C	-2,16
C	A	3,31
	B	2,16

\*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ )

Quanto à idade, por género dos participantes, verificamos que os homens são mais velhos ( $\bar{x} = 41,60$ [24-68];  $dp=8,06$ ) que as mulheres ( $\bar{x} = 39,44$ [26-53];  $dp=5,87$ ) embora a diferença não seja estatisticamente significativa ( $t=1,699$ ,  $gl=178$ ;  $p=,091$ ).

### Estado civil

Quanto ao estado civil, dos 180 participantes, 100 são solteiros, 54 vive maritalmente (casados ou união de facto), 22 divorciados e 4 viúvos (tabela 16). Como se pode verificar, a maioria dos participantes são solteiros (55,6%).

**Tabela 16 - Estado civil dos participantes**

População	Frequência	%	Percentagem acumulada
Total	Solteiro	100	55,6
	Casado/união de facto	54	30,0
	Divorciado	22	12,2
	Viúvo	4	2,2
	Total	180	100

A predominância do estado civil solteiro é nas 3 unidades: 66,7% na unidade A; 60% na B e 40% na C. Nesta última, verificamos que 38,8% dos participantes vive maritalmente com o/a companheiro/a, sendo a unidade onde a prevalência deste estado civil é mais significativo (anexo VIII). Verificamos através do teste ANOVA diferenças estatisticamente significativas entre as unidades no que se refere ao estado civil ( $F=4,921$ ;  $gl=2$ ;  $p=,008$ ).

Quando ao estado civil dos participantes consoante o género, verificamos que dos 100 solteiros 80 são homens e 20 mulheres. Dos 54 a viver maritalmente 34 são homens e 20 são mulheres. Os homens são essencialmente solteiros (60,6%). A viverem maritalmente são principalmente as mulheres 41,6% versus 25,8% de homens (tabela 17).

Tabela 17 - Estado civil segundo o género dos participantes

			Estado civil				Total n/(%)
			Solteiro	Casado / União de facto	Divorciado	Viúvo	
Género	Feminino	n(%)	20(41,7)	20(41,6)	5(10,4)	3(6,3)	48(100)
	Masculino	n(%)	80(60,6)	34(25,8)	17(12,9)	1(0,8)	132(100)
Total		n(%)	100(55,6)	54(30)	22(12,2)	4(2,2)	180(100)

### Filhos

Dos 180 participantes, 95 têm filhos (52,8%) e 85 não tem (47,2%). Na unidade C a maioria dos participantes tem filhos ao contrário dos participantes das unidades A e B onde a maioria não tem filhos (anexo VIII). A diferença entre unidades no que se refere ao ter ou não ter filhos é estatisticamente significativa ( $\chi^2(2)=6,999$ ;  $p=0,030$ ) com 40 participantes da unidade C assinalarem filhos comparativamente a 27 da A.

Quando à existência de filhos, face ao género dos participantes, prevalece na amostra feminina total e nas diferentes unidades, que são mais as mulheres que têm filhos, que as mulheres que não têm filhos. Em relação aos homens, apenas na unidade C a maioria dos homens afirma ter filhos (tabela 18). Estas diferenças entre género e ter filhos, em cada equipa, apenas foi estatisticamente significativa na amostra C ( $\chi^2(2)=6,508$ ;  $p=0,011$ ) com 40 participantes com e 20 sem filhos.

Tabela 18 - Distribuição da variável filhos pela variável género

Local			filhos		Total
			sim	não	
A	Género	feminino	8	6	14
		masculino	19	27	46
	Total		27	33	60
B	Género	feminino	10	5	15
		masculino	18	27	45
	Total		28	32	60
C	Género	feminino	17	2	19
		masculino	23	18	41
	Total		40	20	60
Total			95	85	180

### Habilitações

Quando às habilitações dos participantes da amostra, 91 não tem o 9º ano, 58 concluiu o 9º ano, 26 concluiu o 12º ano e 5 concluíram um curso superior. Os participantes da amostra na sua maioria não concluíram o 9º ano (50,5%).

Verificamos que a unidade C é a que apresenta maior número de participantes com escolaridade acima do 9º ano (28,3%), seguida da unidade A com 13,4% e 10% na unidade B. A unidade A é a que apresenta maior número de participantes sem o 9º ano (60%), B 50% e C 41,6%.

Utilizando o teste de Qui-quadrado com a correção de Monte Carlo verificamos que não havia diferenças estatisticamente significativas entre as unidades no que refere à escolaridade ( $\chi^2(8)=14,904$ ;  $p=0,58$ ). Para respeitar os critérios para a utilização do  $\chi^2$  tivemos que integrar a categoria da variável “<4º ano” na categoria “4º ano”.

**Tabela 19 – Habilitações literárias dos participantes**

Habilitações literárias			Local			Total
			A	B	C	
1º ciclo ou inferior	n		7	10	11	28
	%		11,7	16,7	18,3	15,5
2º ciclo, 6ºano	n		29	20	14	63
	%		48,3	33,3	23,3	35
3º ciclo, 9º ano	n		16	24	18	58
	%		26,7	40	30	32,2
12º ano	n		7	5	14	26
	%		11,7	8,3	23,3	14,4
Curso Superior	n		1	1	3	5
	%		1,7	1,7	5	2,7
	%		100,0	100,0	100,0	100,0

n por equipa = 60

### Tipo de profissão

Para caracterizarmos as profissões da população em estudo, recorremos a classificação das profissões do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2006). Verificamos que 61 participantes não têm nenhuma qualificação profissional, 56 são trabalhadores qualificados e 23 têm profissões no âmbito dos serviços pessoais, de proteção e segurança. Maioritariamente, não têm qualificações profissionais (33,9%) mas um segundo grupo com 31,1% são trabalhadores qualificados (tabela 20).

**Tabela 20 – Profissão dos participantes**

Local		Classificação das profissões							Total
		1	2	3	4	5	6	7	
Local	A	2	8	23	26	1	0	0	60
	B	4	7	19	21	8	1	0	60
	C	7	8	19	9	3	2	12	60
Total		13	23	61	56	12	3	12	180

Legenda: Classificação das profissões: 1) Pessoal administrativo; secretária. 2) Serviços pessoais, proteção e segurança. 3) Trabalhador não qualificado. 4) Trabalhador qualificado. 5) Operador de instalações e máquinas; trabalhador de montagem. 6) Atividade intelectual. 7) Técnicos intermédios.

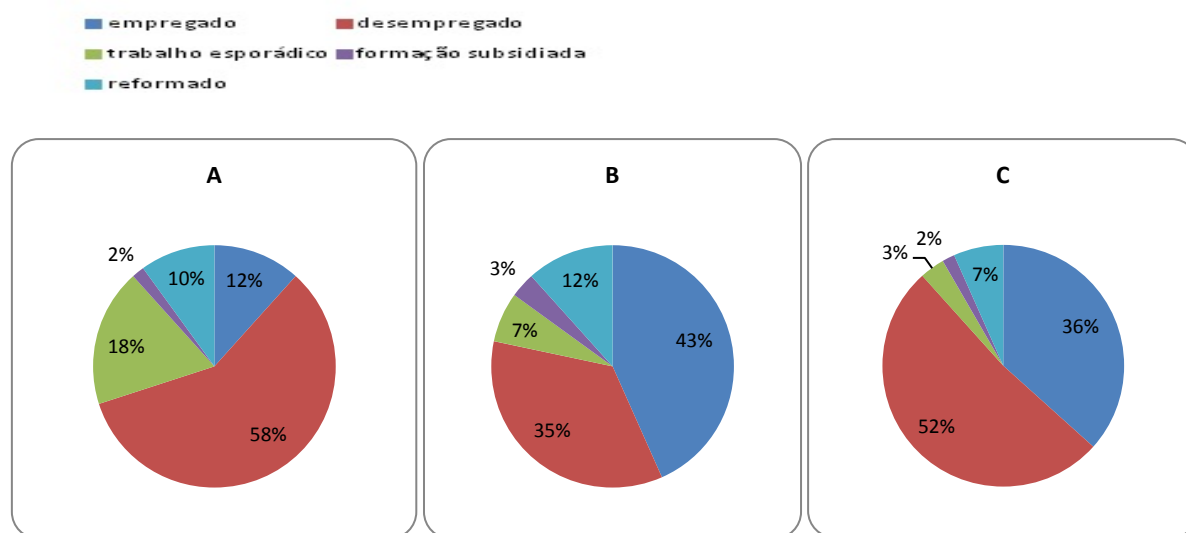
Verificamos com o teste de Qui Quadrado, com correção de Monte Carlo, que para uma probabilidade de erro de 1%, a distribuição da variável “tipo de profissão” apresenta diferenças estatisticamente significativas entre unidades ( $\chi^2(12)=44,213$ ;  $p<0,01$ ). Verificamos 26 trabalhadores qualificados na unidade A e 9 na unidade C, e ainda, 12 técnicos intermédios na unidade C e 0 nas unidades A e B.

### Situação laboral

Quanto à situação laboral dos participantes da amostra 87 estão desempregados e 55 empregados. Prevalece na amostra os participantes desempregados 48,3% e os que têm uma ocupação regular 32,8%, empregados ou em formação (anexo VIII).

Em relação às diferentes unidades, verificamos maiores níveis de desemprego nos participantes da unidade A (58,3%) e maior nível de emprego na B (43,3%). Na unidade A 13,4%, B 46,6% e C 38,4% os participantes têm ocupação regular (emprego e formação) (gráfico 3).

**Gráfico 3 – Distribuição da variável situação laboral por unidade**



Para avaliar a diferença nas três unidades e cumprir os critérios do teste Qui-Quadrado, agrupamos as categorias da variável “trabalho esporádico” e “formação subsidiada” e verificamos que há diferenças estatisticamente significativas entre as unidades no que se refere à situação laboral ( $\chi^2(6) = 21,355$ ;  $p=0,02$ ). Em termos de desemprego verifica-se a diferença entre 58% na unidade A e 35% na B, em termos de emprego 43% na unidade B e 12% na A.

### Rendimentos

Quanto à tipologia dos rendimentos assinalados pelas pessoas, possibilitávamos no formulário respostas múltiplas. Agrupamos depois categorias relacionadas com fontes de rendimento ligadas a exclusão social e atividades ilícitas e apenas contabilizamos a variável mais significativa para cada participante. Dos 180 participantes 56 assinalaram ordenado, 36 apoio social, 29 apoio familiar. Maioritariamente vivem do ordenado (31,1%) mas assume maior expressão os que vivem de apoio social e familiar (46,1%).

Em relação aos dados dos participantes nas diferentes unidades verificamos que é na amostra A que há menos pessoas com rendimento proveniente do ordenado (8) e que na amostra B, onde as pessoas mais vivem do ordenado (126), é a amostra onde as pessoas menos vivem do apoio social. Com ordenado na unidade C são 22 participantes (tabela 21).

**Tabela 21 – Rendimento dos participantes**

			Local			Total
			A	B	C	n(%)
Recursos agrupados	Ordenado	n	8	26	22	56 (31,1)
	Reforma	n	5	7	2	14 (7,8)
	Apoio social	n	13	9	14	36 (20)
	Apoio familiar	n	16	9	4	29 (16,1)
	Trabalho esporádico	n	4	3	4	11 (6,1)
	Atividades ilícitas / exclusão	n	6	4	6	16 (8,9)
	Apoio social e apoio familiar	n	8	2	8	18 (10)

n por equipa = 60

A diferença entre unidades, em termos de rendimentos dos participantes, é estatisticamente significativa ( $\chi^2(12)=25,651$ ;  $p=0,013$ ).

### Caracterização clínica

Consideramos caracterização clínica, variáveis relacionadas com consumos de substâncias, comorbilidades e o reconhecimento do acompanhamento técnico.

### História toxicológica

Verificamos  $\bar{x}=16,79$  anos de consumos,  $\bar{x}=4$  anos e 4 meses de permanência no programa de manutenção com metadona. O número de anos a consumir assume relevância pois verifica-se que representam em termos médios, 41% da idade dos participantes. O tempo de programa é inferior aos 5,6 anos num estudo realizado no Algarve (Murcho & Pereira, 2011) mas superior a 2,0 anos noutro programa na Beira Baixa (Felizardo, 2005). Estes dados reforçam a perspetiva de doença crónica e salienta-se o tempo de adesão terapêutica (tabela 22).

Verifica-se na unidade A o valor mais baixo em termos da idade média de início de consumos (17,3), menos anos de consumo dos participantes (15,3) e mais reentradas (1,52). Na unidade B mais anos de consumo (17,62). Na unidade C o tempo de programa dos participantes é quase o dobro do tempo dos participantes da unidade A (5,7 anos). Na unidade A, a dose de metadona é maior (apontando para uma estratégia de resposta aos consumos danosos que apresentam).

Tabela 22 - História toxicológica dos participantes por unidade

	Local	Idade 1ºuso	Anos de consumo	Meses de programa	Nº de entradas	Dose de metadona (mg)
A	Média	17,38	15,30	36,50	1,52	77,76
	dp	5,33	6,52	26,96	1,06	34,45
	Mínimo	10	3	1	1	5,00
	Máximo	41	37	148	8	160,00
B	Média	18,20	17,62	53,20	1,28	73,23
	dp	5,44	8,31	45,86	,58	46,86
	Mínimo	9	2	1	1	4,00
	Máximo	40	40	144	3	255,00
C	Média	19,30	17,45	68,87	1,50	71,53
	dp	5,79	7,79	48,24	,81	41,67
	Mínimo	12	4	5	1	2,00
	Máximo	40	35	201	5	215,00
Total	Média	18,29	16,79	52,86	1,43	74,17
	dp	5,55	7,61	43,31	0,84	41,16
	Mínimo	9	2	1	1	2
	Máximo	41	40	201	8	255

Analisando a distribuição dos dados pelas unidades, verificamos que apenas em relação à variável meses de programa, a diferença entre unidades tem significado estatístico ( $F=9,141$ ;  $gl=2$ ;  $p < 0,01$ ). Com mais tempo a unidade C, com 68,87 meses e com menos tempo a unidade A, com 36,50 meses. Em relação à idade de início de consumos a média foi de  $\bar{x}=18,29$  anos [9-41]  $dp=5,55$ , mas a moda foi 16 anos.

Tabela 23 - Idade de início de consumos por faixas etárias

Idade de início de consumos	n	%
Intervalo	<15	23,3
	15-19	47,2
	20-24	17,2
	25-29	6,7
	>29	5,6
Total	180	100,0

### Consumos atuais

Na pergunta era permitido ao utente que assinalasse todas as substâncias que estivesse a consumir. Em relação ao álcool, usamos como critério, a classificação aceite na comunidade internacional que classifica o consumo de baixo risco a partir do consumo de 3 unidades de álcool dia (Balsa, Vital, & Urbano, 2013). Em relação às outras substâncias o critério utilizado para assinalarmos consumo regular, foi consumir pelo menos uma vez por mês.

Dos 180 participantes, 55 consomem álcool, 52 cannabis, 46 estimulantes e 52 dos participantes não consome quaisquer substâncias. Os participantes são essencialmente consumidores de álcool (30,5%), cannabis (28,5%) e estimulantes (25,5%).

Na unidade A encontramos mais participantes sem consumos e na unidade B foi assinalado mais policonsumo (tabela 24). As benzodiazepinas são mais consumidas na unidade C, cannabis na A e álcool na B.

**Tabela 24 – Substâncias consumidas pelos participantes por unidade**

		n	Local			Total n(%)
			A	B	C	
Substâncias	Sem consumos	n	22	15	15	52(28,8)
	Heroína	n	10	11	4	25 (13,8)
	Estimulantes	n	15	16	15	46 (25,5)
	Cannabis	n	23	15	14	52 (28,8)
	Alcool	n	21	19	15	55 (30,5)
	Benzodiazepinas	n	1	12	20	33 (18,3)
Total / Policonsumo			70	73	68	

Para adequar os dados ao teste do Qui Quadrado agrupamos a categoria “cocaína” com a categoria “anfetaminas”. Ao pesquisarmos a diferença na distribuição dos dados sobre consumos dos participantes, nas diferentes unidades, verificamos que apenas a distribuição da variável Benzodiazepinas tem diferença estatisticamente significativa ( $\chi^2(2) = 20,260$ ;  $p < 0,001$ ), com 20 participantes da unidade C que assumem consumos e apenas 1 da unidade A.

#### Número de substâncias consumidas

Quanto ao número de substâncias consumidas, verificamos que na amostra total a média das substâncias consumidas é de 1,17 [0-5]. A incidência de policonsumo é superior nos participantes da unidade B (tabela 25).

**Tabela 25 - Número de substâncias consumidas pelos participantes por unidade**

	Local			Total	ANOVA
	A	B	C		
Nº de substâncias consumidas	1,17	1,22	1,13	1,17	F=0,092
Moda	0	1	1	1	gl=2
Desvio padrão	1,21	1,05	0,92	1,06	
Variância	1,46	1,12	0,86	1,13	
Mínimo	0	0	0	0	
Máximo	5	4	4	5	

$p > ,05$

Consideramos que os dados da variável nas três unidades assumem uma distribuição próxima à normalidade pois tem uma variância homogênea (Levene 2,31;  $p = 0,102$ ) e valores aceitáveis de achatamento e simetria, o que nos levou a optar pela aplicação de testes paramétricos (Marôco, 2011). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no que se refere ao número de substâncias consumidas pelos participantes nas diferentes unidades.

### Consumos intravenosos

Quanto à via de consumo intravenosa, pretendíamos avaliar a alteração no padrão de consumos após a entrada e estabilização no programa de manutenção com metadona (tabela 26). Dos 180 participantes 116 assinalaram consumos IV antes do programa e 6 durante o programa. Verificamos com o t teste para amostras emparelhadas, que houve redução significativa no número de pessoas que consomem por via IV ( $t=-16,038$ ;  $gl=179$ ;  $p < 0,001$ ).

Analisando os resultados comparativos entre antes e após em cada unidade, verificamos com o t teste para amostras emparelhadas, que em todas as unidades a alteração é estatisticamente significativa (A  $t=-10,130$ ;  $gl=59$ ;  $p < ,001$ /B  $t=-9,407$ ;  $gl=59$ ;  $p < ,001$ /C  $t=-8,242$ ;  $gl=59$ ;  $p < ,001$ ).

**Tabela 26 – Consumos IV antes e após a entrada no programa**

		Anteriormente	%	Posteriormente	%
Consumos IV	Sim	116	64,4	6	3,3
	Não	64	35,6	174	96,7
A	Sim	43	71,7	3	5
	Não	17	28,3	57	95
B	Sim	37	61,7	1	1,7
	Não	23	38,3	59	98,3
C	Sim	36	60	2	3,3
	Não	24	40	5	96,7

Ao avaliarmos (teste Qui Quadrado com correção de Monte Carlo) a distribuição da variável consumos IV pelas diferentes unidades, verificamos que não há diferenças significativas entre elas ( $X^2(2) = 1,034$ ;  $p = ,873$ ) tal como não encontramos diferenças entre as unidades, na variável antes do programa ( $X^2(2) = 2,085$ ;  $p = ,353$ ).

### Comorbilidades

Quanto às comorbilidades, foram algumas categorias agrupadas para clarificar a apresentação dos dados (anexo VIII). Agrupamos as várias formas de perturbação da saúde mental e assinalamos esta categoria desde que a pessoa manifestasse pelo menos uma forma de perturbação mental. Agrupamos as diferentes doenças físicas excluindo as infeções víricas, numa única categoria. Destacamos ainda a doença respiratória e a hipertensão.

Dos 180 participantes 27 (15% da amostra total) não assinalaram comorbilidades. Dos 153 participantes que assinalaram comorbilidades, 58 (32,2%) apresenta 1 problema de saúde, e 58 apresenta 2 problemas de saúde (32,2%).

Verificamos que os participantes na unidade A são os que mais assinalam ausência de doença, embora seja a unidade em que mais assinalam HCV. A unidade C é aquela onde os participantes assinalam mais comorbilidades  $\bar{x} = 1,92[0-4]$   $dp = 1,06$ , em que 23 participantes (38,3% da

amostra) assinalam 2 comorbilidades . É de referir que estes participantes são os que têm idade mais elevada. Quanto ao número de comorbilidades a diferença entre os participantes das unidades não tem significado estatístico ( $F= 1,284$ ;  $gl=6$ ,  $p=,267$ ) (anexo VIII).

Sobre as comorbilidades, para uma significância de  $p<0,05$ , destacamos diferenças significativas entre as unidades, para o VIH ( $X^2= 7,644$ ) com 21 participantes da unidade C e 8 da unidade A e patologia respiratória ( $X^2= 6,146$ ) com 10 participantes da unidade C e 2 da unidade A.

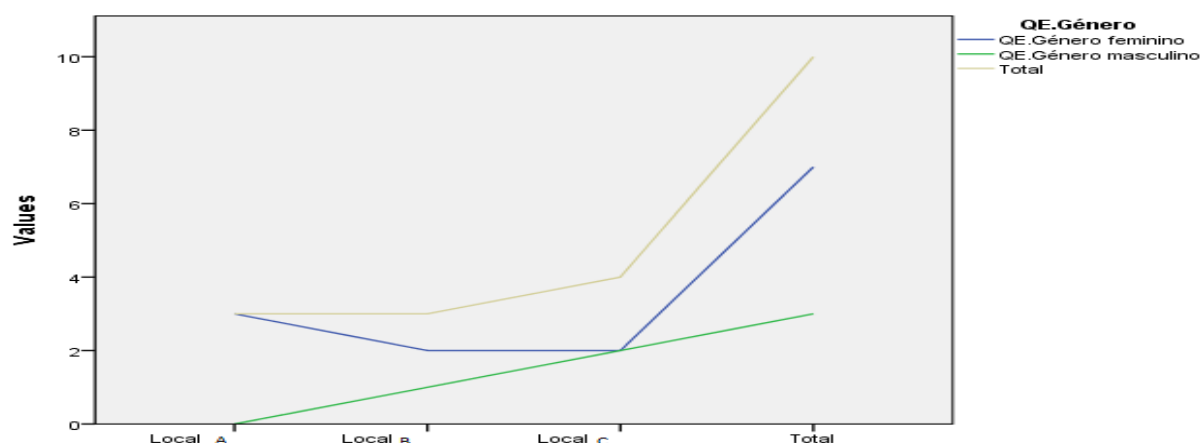
### 2.1.2 - Caracterização sociodemográfica e profissional dos participantes-enfermeiros

A amostra “participantes-enfermeiros” foi composta por 10 enfermeiros em 3 equipas . Tal como detalhamos no capítulo “processo de seleção dos participantes”, a população em estudo foi a totalidade dos enfermeiros a trabalhar em cada uma destas equipas, A= 3; B= 3; C=4)

#### Género

A amostra em estudo é constituída por 7 mulheres e 3 homens (gráfico 4). É essencialmente feminina (70%). Verificamos com o teste de Qui Quadrado que a distribuição da variável é semelhante nas três amostras ( $\chi^2(2)= 2,063$ ;  $p=,707$ ).

Gráfico 4 - Género dos enfermeiros por equipa

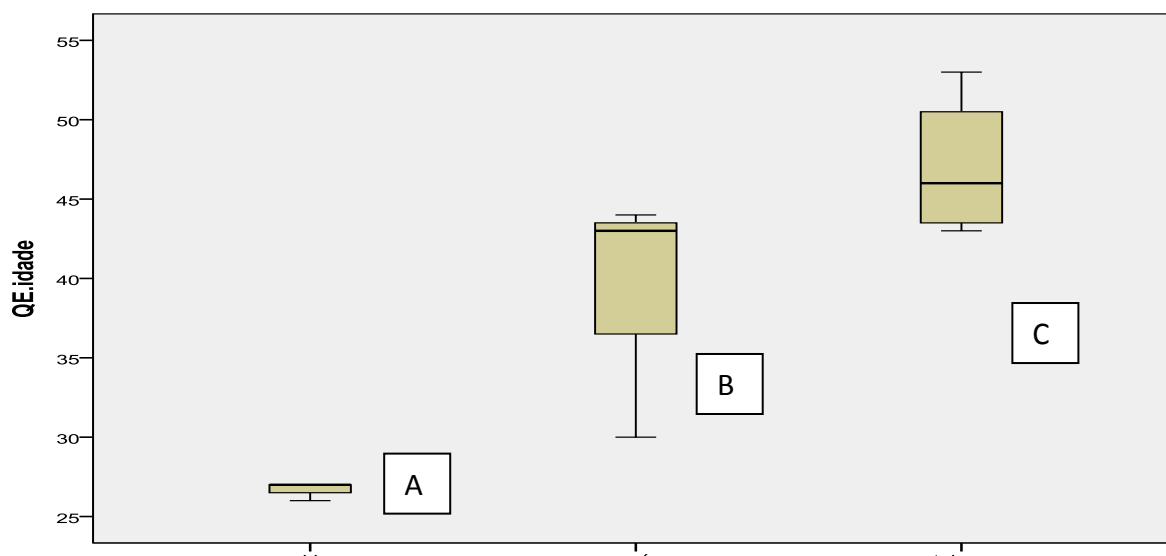


## Idade

Os participantes ( $n=10$ ) têm a média de idades de 38,50 [26-53],  $dp=4,54$ . O gráfico 5 ilustra a distribuição da variável nas três unidades. Os sujeitos da equipa A têm a média de idades de 26,67 [26-27] anos,  $dp= 0,57$ . Da equipa B  $\bar{x} = 39,00$  [30-44],  $dp=7,81$ . C  $\bar{x} = 47,00$  [43-53],  $dp=7,49$ .

Utilizando o teste de normalidade Shapiro-Wilk ( $SW=0,862$ ;  $p=.080$ ), verificamos que os dados apresentaram uma distribuição normal.

**Gráfico 5 – Média de idade dos enfermeiros**



Com o teste ANOVA verificamos que a diferença, entre a idade dos enfermeiros nas três equipas, tem significado estatístico ( $F=13,454$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,004$ ). Realizando o teste de comparação múltipla (Pós-hoc Bonferroni) verificamos ainda que a diferença é estatisticamente significativa entre a equipa A e a equipa C (anexo IX). A diferença entre a média de idade dos participantes, em cada unidade, pode ser confirmada pois, o teste revelou-se adequado a esta avaliação (potência do teste  $\pi=,963$ ).

## Habilitações

Dos 10 participantes-enfermeiros 8 são licenciados, 1 mestre e 1 bacharel. São essencialmente licenciados (80%). (tabela 27).

**Tabela 27 - Habilitações dos enfermeiros**

Habilitações		n	Local			Total
			A	B	C	
Habilitações	Bacharelato	n	0	1	0	1
	Licenciatura	n	3	1	4	8
	Mestrado	n	0	1	0	1
Total		n	3	3	4	10

Verificamos que as habilitações dos participantes das equipas são independentes do local ( $X^2(4)=5,833$ ;  $p=,128$ ).

### Formação pós graduada

Quanto ao grau de diferenciação profissional, ao nível da formação, 7 são enfermeiros de cuidados gerais e 3 são especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. São essencialmente enfermeiros de cuidados gerais (70%).

A equipa C apresenta menor percentagem de enfermeiros especialistas em saúde mental (tabela 28). Estas diferenças entre equipas não são estatisticamente significativas ( $X^2(2)=0,79$ ;  $p > 0,05$ ).

**Tabela 28 - Formação pós graduada dos enfermeiros**

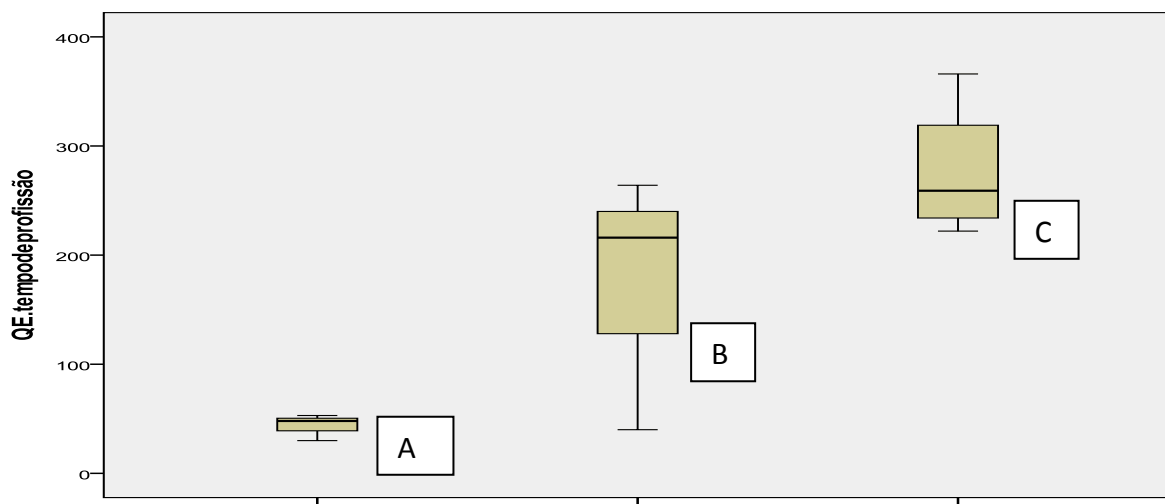
Formação		Local			Total
		A	B	C	
Pós graduada	Enfermeiro de cuidados gerais	2(66%)	2(66%)	3 (75%)	7 (70%)
	Especialista de saúde mental	1(33%)	1(33%)	1(25%)	3 (30%)
Total		3	3	4	10

### Tempo de profissão e tempo de experiência com pessoas dependentes de substâncias

Quando aos meses de experiência profissional, a média da amostra é  $\bar{x} = 175,9$  [32-366];  $dp=121,29$  (anexo IX).

Os dados apresentaram normalidade na sua distribuição (SW  $p>,05$ ) na amostra total e nas sub amostras.

**Gráfico 6 – Meses de profissão dos enfermeiros**



A diferença encontrada entre as 3 equipas é estatisticamente significativas ( $F=8,090$ ;  $gl=2$   $p=,015$ ; potência ( $\pi$ ) =,823), equipa A 44,33 meses, equipa B 173,33, equipa C 276,50. Através da

comparação múltipla de médias podemos assumir diferenças significativas entre a equipa A e C (anexo 9).

Quanto ao tempo de trabalho com pessoas dependentes a média da amostra é  $\bar{x}=124,50$  [26-300]; dp=91 (tabela 29).

Os dados assumiram uma distribuição normal na amostra total e nas sub amostras (SW  $p>0,05$ ).

A equipa onde os enfermeiros têm mais tempo a prestar cuidados a pessoas dependentes de drogas, é a equipa C. A diferença entre a média das equipas é estatisticamente significativa (A=36 meses, B=113 e C=199,5).

**Tabela 29 – Meses de experiência com dependentes**

	Local		Resultados
Tempo com dependentes	A	Média	36
		dp	13,31
		Mínimo	26
		Máximo	50
	B	Média	113
		dp	69,47
		Mínimo	36
		Máximo	171
	C	Média	199,50
		dp	77,82
		Mínimo	114
		Máximo	300
	Total	Média	124,50
dp		91	
Mínimo		26	
Máximo		300	

F=5,771  
p=0,033  
gL=2  
 $\pi =,679$

### 2.1.3 - Caracterização das unidades

Selecionados de forma aleatória simples três unidades de tratamento da DRLVT do IDT, IP. Designamos equipa A, B e C.

#### Tempo de atendimento direto e indireto

Avaliamos o tempo disponibilizado por dia pelos serviços, para o atendimento direto e indireto aos utentes. Consideramos que o tempo para cuidados indireto é o tempo que as equipas dispõem para realizar atividades de continuidade de cuidados, mas sem atendimento direto, ou seja, atividades relacionadas com o planeamento (articulação com outras instituições; preparação de doses unitárias de cloridrato de metadona 1% solução oral; registos; reuniões de equipa; verificação de registos de vacinação; etc.).

A equipa com mais horas de atendimento direto e indireto é a equipa B (tabela 30).

**Tabela 30 - Horas de atendimento direto e indireto por equipa**

Local		Horas
A	Nº de horas de cuidados direto	4,6
	Nº de horas para cuidados indiretos	4,3
B	Nº de horas de cuidados direto	5,4
	Nº de horas para cuidados indiretos	4,6
C	Nº de horas de cuidados direto	5,0
	Nº de horas para cuidados indiretos	3,7

Para aprofundarmos se a diferença entre o número de horas de atendimento direto e indireto era significativo entre as equipas, recorremos ao teste (Não paramétrico) Kruskal Wallis, pois os dados destas variáveis não apresentaram normalidade na distribuição dos dados (SW  $p < 0,05$ ). O teste de comparação rejeitou a hipótese nula, demonstrando que há diferenças significativas entre amostras no que se refere ao tempo para cuidados diretos (unidade B=5,4 e A=4,6) e indiretos (unidade B=4,6 e C=3,7) ( $p < 0,05$ ). Em relação a estas duas variáveis a potência do teste revelou-se ineficaz ( $\pi < 100$ ).

#### Perceção sobre o tempo para cuidados diretos e indiretos

Utilizamos uma escala numérica para avaliar a perceção que cada enfermeiro tinha sobre a adequação do tempo que tinha disponível para prestar cuidados diretos e indiretos (1= Sem tempo necessário; 2= Com tempo insuficiente; 3= Com tempo suficiente; 4= Tempo amplamente suficiente).

A equipa que considerou mais horas para os cuidados diretos foi a C (2/tempo insuficiente) e com mais tempo para cuidados indiretos a A (2,33/entre o tempo insuficiente e suficiente) (tabela 31).

**Tabela 31 - Perceção do tempo para os cuidados diretos e indiretos**

Local		Perceção do tempo para cuidados diretos	Perceção do tempo para cuidados indiretos
A	Média	1,67	<b>2,33</b>
	dp	0,57	0,57
	Mínimo	1	2
	Máximo	2	3
B	Média	1,33	1,67
	dp	0,57	0,57
	Mínimo	1	1
	Máximo	2	2
C	Média	<b>2,00</b>	1,50
	dp	0,81	0,57
	Mínimo	1	1
	Máximo	3	2
Total	Média	1,66	1,83
	dp	0,65	0,57
	Mínimo	1	1
	Máximo	3	3

Utilizamos o teste Kruskal Wallis (SW  $p < ,05$ ). O teste confirmou a hipótese nula, demonstrando que não há diferenças significativas entre amostras no que se refere à percepção do tempo para cuidados diretos e indiretos ( $p > ,05$ ). Em relação à primeira variável verificamos que  $\pi = ,139$  e em relação à segunda  $\pi = ,272$  (testes com reduzida potência).

#### Rácio Enfermeiro / Utentes por local

A equipa onde o rácio enfermeiro/utente é mais elevado é na equipa B (143,3 doentes por enfermeiro), que apresenta também mais tempo de atendimento aos utentes (prestação de cuidados diretos) e a equipa com menor rácio é a A=85. A diferença entre os valores do rácio de cada equipa, é estatisticamente significativa (KW  $p < 0,05$ ).

**Tabela 32 - Rácio enfermeiro / utente em cada equipa**

Local	Utentes em programa	Nº de enfermeiros	Rácio	Horas de atendimento
A	255	3	85	4,6
B	430	3	143,3	5,4
C	498	4	124,5	5,0

#### Condições do trabalho - JDS

Quanto à média, na amostra total ( $n=10$ ), foi 74,90 [59-94]  $dp = 9,49$ .

Estes dados apresentaram uma distribuição normal nas três amostras (SW  $p > ,05$ ) e com homogeneidade na variância dos dados (Levene=,760;  $p = 503$ ).

A equipa A apresentou a média das condições de trabalho mais elevada (tabela 33). Em todas as unidades foi obtido um valor satisfatório para as condições do trabalho. No que se refere às subescalas, a equipa A apresentou valores mais elevados na subescala variedade do trabalho, autonomia e feedback. A equipa B maior valor na subescala significado do trabalho e a equipa C na subescala identidade do trabalho. A equipa onde os participantes-enfermeiros reconhecem melhores condições no trabalho, é a equipa com menor rácio Enf.º/utente.

Tabela 33 - Valores da escala e subescalas JDS

Local		JDS valor absoluto individual	JDS sub escala Variedade	JDS sub escala Identidade	JDS sub escala Significado	JDS sub escala Autonomia	JDS sub escala Feedback
A	Média	<b>79,67</b>	<b>16,33</b>	12,33	18,66	<b>16,66</b>	<b>15,66</b>
	dp	12,50	3,05	4,04	2,51	2,08	3,05
	Mínimo	71	13,00	8,00	16,00	15,00	13,00
	Máximo	94	19,00	16,00	21,00	19,00	19,00
B	Média	76,33	15,00	12,66	<b>20,66</b>	16,00	12,00
	dp	9,01	2,64	0,57	0,57	2,00	3,60
	Mínimo	67	13,00	12,00	20,00	14,00	8,00
	Máximo	85	18,00	13,00	21,00	18,00	15,00
C	Média	70,25	14,00	<b>14,00</b>	17,00	13,00	12,25
	dp	7,63	2,70	1,41	3,36	2,16	2,50
	Mínimo	59	10,00	12,00	13,00	10,00	11,00
	Máximo	76	16,00	15,00	21,00	15,00	16,00
Total	Média	74,90	15,00	13,10	18,60	15,00	13,20
	dp	9,49	2,66	2,23	2,79	2,53	3,15
	Mínimo	59	10,00	8,00	13,00	10,00	8,00
	Máximo	94	19,00	16,00	21,00	19,00	19,00

Verificamos que não havia diferenças significativas entre as equipas ( $F=,866$ ;  $gl=2$ ;  $p=,461$ ;  $\pi=,146$ ) no que se refere às condições do trabalho. Tínhamos verificado que a variedade do trabalho e a autonomia são as subescalas que mais contribuem para a perceção das condições do trabalho (tabela 14) e os valores da equipa A confirmam estes dados.

## 2.2 - Variáveis de processo

Este subcapítulo incluirá variáveis que nos permitam caracterizar os cuidados de enfermagem:

### 2.2.1 - Intervenções

Para caracterizar os cuidados de enfermagem, ou seja, o conjunto de intervenções, partimos de um quadro de 50 intervenções autónomas e interdependentes, onde os enfermeiros assinalaram se as realizavam e a frequência com que as realizavam (nunca, rara, assiduamente e frequentemente e sistematicamente).

Para a análise dos dados, quando abordamos dados dos participantes-enfermeiros a relação é feita com a totalidade das intervenções assinaladas por cada um dos enfermeiros. Os 10 participantes assinalaram uma média de 33,1[16-45] ( $dp= 8,61$ ) intervenções na sua prática de cuidados. Os dados assumiram uma distribuição normal (SW  $p>,05$ ) na amostra e em todas as equipas (tabela 34).

A equipa onde em média os enfermeiros realizam mais intervenções é na equipa A (36) e menos na equipa C (29,75). Verificamos com o teste ANOVA, que a diferença entre o número de intervenções realizadas pelos enfermeiros, agregados por equipas para a comparação de médias, não era estatisticamente significativo ( $F=,441$ ;  $gl=2$ ;  $p=,678$ ;  $\pi=,094$ ).

**Tabela 34 - Número médio de intervenções por equipa**

	n	Média	dp	Mínimo	Máximo
A	3	36	2,64	33	38
B	3	33,67	11,01	23	45
C	4	29,75	10,65	16	40
Total	10	33,1	8,61	16	45

Para relacionar estes dados com os dados dos participantes-utentes, os dados foram agregados na base participantes-enfermeiros e desagregados na base de dados participantes-utentes, pois importa relacionar os dados de cada utente, pelo menos, com o número de intervenções mais realizadas pela equipa de enfermagem da unidade onde pertence. Assumiu-se como relevante e característico das equipas, todas as intervenções em que a totalidade dos enfermeiros assinalava realizar pelo menos frequentemente e sistematicamente. Consideramos que menos que isso seriam intervenções realizadas menos assiduamente e como tal, não caracterizavam os cuidados da equipa enquanto unidade. Com esta ponderação, resultou um conjunto de intervenções que designamos de “sistemáticas” pois representam a uma prática de cuidados sistematizados e equilibrados de cada equipa. A diferença encontrada com o teste (não paramétrico) Kruskal Wallis era estatisticamente significativa ( $p<,05$ ), com a equipa A a realizar 26 intervenções e a equipa C 10.

**Tabela 35 - Número de intervenções sistemáticas nas equipas**

	N	Nº de intervenções sistemáticas da equipa
A	3	26
B	3	19
C	4	10

Destaca-se que a equipa onde os enfermeiros assinalaram maior número de intervenções realizadas (A) é a equipa que reuniu maior número de intervenções sistemáticas.

### Caracterização da tipologia das intervenções

Como descrito anteriormente, os enfermeiros assinalaram individualmente as intervenções que mais efetuavam na sua prática de cuidados. Depois, para construir a tipologia de intervenção mais uniforme e característica de cada equipa, selecionamos apenas as que todos os elementos assinalaram realiza-las pelo menos frequentemente. As intervenções selecionadas foram as

seguintes (tabela 36). Esta seleção ao ser agregada para poder ser relacionada com a base de dados dos utentes, impossibilitou a comparação dos resultados com intervenções específicas, apenas sendo possível a comparação pelo número de intervenções sistemáticas.

**Tabela 36 – Intervenções realizadas de forma sistemática por cada equipa**

1	Estabelecer uma relação terapêutica com o utente.	A, B
2	Identificar com o utente os fatores (ex: genéticos, sofrimento psicossocial e stress) que contribuem para a dependência química.	A
3	Encorajar o utente a assumir o controlo do próprio comportamento.	A, B
6	Determinar quais as substâncias usadas.	A, B, C
7	Discutir com o utente, o impacto do uso de substâncias na clínica médica ou na saúde em geral.	A
9	Determinar a história do uso do álcool / droga.	A, B
10	Auxiliar na perceção dos efeitos negativos da dependência química sobre a saúde, a família e o funcionamento diário.	A, B
11	Orientar o utente / família sobre o facto de que a quantidade/frequência do uso de substâncias, capaz de levar à dependência, varia de pessoa para pessoa.	C
16	Oferecer apoio à família ou pessoas significativas, quando adequado.	B
17	Fixar limites que beneficiem o utente e mostrem atenção.	A, B
18	Examinar o utente a intervalos regulares devido a manutenção do uso de substâncias, utilizando testes com amostras de urina ou análises respiratórias.	A, C
25	Orientar o utente e a família sobre fármacos utilizados para o tratamento da sua dependência.	A, B
26	Educar para o consumo com menos risco e minimizando danos.	A
27	Esclarecer os objetivos e regras do programa de manutenção opiácea.	A, B, C
28	Orientar o utente a estabelecer as suas próprias metas neste programa.	A, B
29	Confrontar o resultado dos testes das pesquisas de metabolitos de drogas, com o comportamento assumido pelo utente.	A, C
30	Esclarecer acerca dos comportamentos sexuais de risco.	A
31	Orientar o utente em relação a auto /hétero proteção face às doenças sexualmente transmissíveis.	A
33	Examinar com o utente a possível ambivalência face a abstinência / consumo.	B
34	Avaliar necessidades básicas priorizando a sua intervenção.	A
35	Estabelecer com o utente prioridades na procura da satisfação das suas necessidades básicas.	A
36	Avalia e ensina sobre sintomatologia e efeitos da medicação.	A,B
38	Auxilia e motiva para um planeamento familiar adequado.	A
41	Desenvolve intervenções de educação para a saúde, em contexto informal decorrentes dos seus contactos diários (ex: nutrição, imunidade, sono, higiene, etc.).	A, B, C
44	Desenvolve parcerias (educando) com a família ou pessoas significativas, para a administração medicamentosa no domicílio.	B
45	Estimula a adesão ao regime medicamentoso (metadona e/ou outros fármacos).	A, B
46	Identifica obstáculos a comunicação com os seus doentes.	B C
47	Assiste na identificação dos motivos de não adesão ao regime terapêutico.	A
48	Reforça a necessidade de abstinência.	A, B, C
49	Elogia face ao sucesso na adesão ao regime terapêutico.	A, B, C
50	Solicita /articula com outros técnicos da Equipa (médico, psicólogo, TSSS, etc.).	A, B, C
Total		26, 19, 10

Nota: A frequência da utilização de cada intervenção pode ser consultada no anexo IX.

Deste quadro das intervenções que cada equipa realiza de forma mais sistemática, podemos extrair algumas considerações sobre as intervenções assinaladas que mais caracterizam a prática de cuidados de cada equipa (tabela 37).

**Tabela 37 - Tipologia da intervenção que caracteriza os cuidados de enfermagem em cada equipa**

Equipa	Tipologia da intervenção
A	Centrada no estabelecimento de relações terapêuticas, perceção de fatores determinantes para a dependência e história toxicófila, <b>promoção de autocuidado</b> , Identificação de consumos e reforço das regras de funcionalidade do programa, <b>avaliação de necessidades</b> , articulação interprofissional.
B	Centrada no estabelecimento de relações terapêuticas, promoção de autocuidado, <b>Suporte familiar e parceria de cuidados com as famílias</b> , preocupação com a <b>comunicação com os utentes</b> , Identificação de consumos e reforço das regras da funcionalidade do programa, identificação da história toxicológica, articulação interprofissional.
C	<b>Identificação de consumos e reforço das regras da funcionalidade do programa</b> , identificação dos determinantes da dependência, educação para a saúde, preocupação com a comunicação com os utentes, estimulação da adesão terapêutica, articulação interprofissional.

## 2.3 - Variáveis de resultado

As variáveis de resultado serão apresentadas separadamente: As variáveis relacionadas mais diretamente com o processo de cuidados de enfermagem ou seja com as intervenções (satisfação com os cuidados de enfermagem, tempo de programa e importância do acompanhamento técnico) e os resultados funcionais e clínicos.

Os resultados centrais deste estudo são: A satisfação com os cuidados de enfermagem, que no nosso estudo se relacionará essencialmente com a qualidade das intervenções autónomas, e os resultados funcionais QV, a SM e o CDS. Os resultados clínicos são simultaneamente variáveis estruturais dos próprios utentes pois são características estruturais das pessoas e podem ser vistas como resultados, ou seja, consequências da influência de outras variáveis.

### 2.3.1 - Resultados diretamente relacionados com o processo

#### Satisfação com os cuidados de enfermagem (SUCECS 22)

Partindo do enquadramento teórico realizado, consideramos que a satisfação com os cuidados de enfermagem é uma forma eficaz de avaliarmos o resultado das intervenções de enfermagem, principalmente as autónomas, quando o instrumento utilizado se relaciona diretamente com os cuidados de enfermagem (Ribeiro, 2003). Assim, para avaliarmos aquilo que consideramos as “variáveis de processo” ou seja as “intervenções de enfermagem” utilizamos uma adaptação da Escala de Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no Centro de Saúde, com 22 itens. O intervalo de resposta possível pode ir de **0 aos 66** valores, com valores mais altos a representarem maior satisfação.

Dos 180 participantes obteve-se uma  $\bar{x}=55,4$  [33-66]  $dp=6,43$  em termos da satisfação (83,29%).

Os dados apresentaram uma distribuição próxima à normalidade e com homogeneidade das variâncias (Levene=1,961;  $p=,144$ ). Os participantes da unidade A apresentaram maior satisfação com os cuidados de enfermagem 58,21 (87,39%) (tabela 38). Verificamos com o teste ANOVA, que há diferenças significativas entre as amostras ( $F=17,096$ ;  $gl=2$ ;  $p <,001$ ) o que nos levou a procurar a diferenças entre as diferentes amostras. Encontramos diferenças significativas entre a amostra A (58,21) e B (56,01) com a amostra C (51,98)(anexo VIII).

Gráfico 7- Satisfação média dos participantes com os cuidados de Enfermagem por unidade

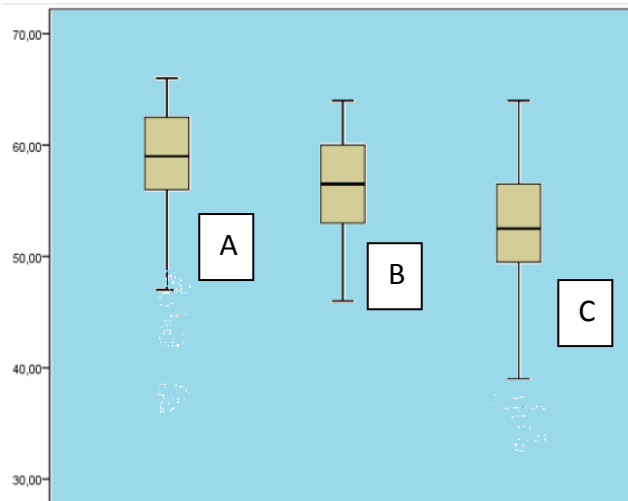


Tabela 38 – Satisfação média dos participantes com os cuidados de enfermagem por unidade

	Local		Estatística	%
SUCECS 22	A	Média	58,21	87,39
		dp	6,12	
		Mínimo	37,00	
		Máximo	66,00	
	B	Média	56,01	84,11
		dp	4,51	
		Mínimo	46,00	
		Máximo	64,00	
	C	Média	51,98	78,37
		dp	6,87	
		Mínimo	33,00	
		Máximo	64,00	
Total	Média	55,40	83,29	
	dp	6,43		
	Mínimo	33,00		
	Máximo	66,00		

Verificou-se que a equipa que assinalou uma melhor média de intervenções realizadas (embora sem significância estatística) e igualmente maior número de intervenções sistemáticas, a equipa A, tem associada maior perceção dos utentes no que se refere a satisfação com os cuidados. Verifica-se ainda que a equipa que apresenta o segundo maior valor em termos de intervenções sistemáticas é aquela onde os utentes assinalam o segundo valor em termos de satisfação com os cuidados. Podemos considerar esta associação entre o número de intervenções sistemáticas e a satisfação, relevante e significativa.

Aprofundamos estes resultados no que se relaciona às suas subescalas, com o objetivo de melhor relacionar as intervenções que caracterizaram a atuação da cada equipa com a satisfação assinalada pelos utentes. Verificamos que em relação às subescalas “Qualidade na assistência”, “Formalização da informação” e “Individualização da informação” foram os participantes-utentes da amostra B a assinalar resultados mais elevados. Estes dados podem-se relacionar com o empenho da equipa no estabelecimento de relações terapêuticas, parceria de cuidados,

preocupação com a comunicação com os seus utentes. Ressalta ainda destes dados, que as duas equipas com mais intervenções sistemáticas são as que os utentes assinalam melhores resultados em quase todas as subescalas, o que podemos entender como um reforço da nossa matriz de análise ou seja a monitorização das intervenções com o instrumento da satisfação com os cuidados.

### Importância do acompanhamento técnico

A perspetiva de abordagem multidisciplinar descrita no contexto do estudo era uma característica que importava explorar. Se um utente é acompanhado por diferentes profissionais, qual seria o reconhecimento do próprio utente, sobre a importância que tinha para ele o apoio dos diferentes profissionais? Apoio enquanto papel desempenhado e contributo para o seu bem-estar. Se naturalmente, em determinado momento, os doentes apenas são acompanhados por um terapeuta (ex. Psicólogo) ou podendo ter um enfermeiro de referência, importava alargar a questão para que esta fizesse incorporar o grupo profissional prestador de cuidados.

A possibilidade de questionar um sujeito sobre “a importância atribuída ao papel desempenhado”, é uma estratégia que pretende captar alguns domínios mais subjetivos do estado das relações e perceções das pessoas (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Matoso, 2005). Questionamos assim, qual o grau de importância que atribuíam a cada grupo profissional (na perspetiva da importância do papel) para o seu estado atual (tabela 39). Verificamos que para a totalidade dos participantes, os enfermeiros eram o grupo profissional a quem atribuíam maior importância para o seu estado atual (40,95%) seguidos pelos psicólogos (26,62%).

Sobre o valor atribuído pelos participantes, aos enfermeiros, e através do teste de comparações múltiplas pós-hoc (Anexo VIII), verificamos que os da unidade B (47,75%) atribuem um valor significativamente superior aos da unidade A (37,32%) e a C (37,78%). A unidade onde os utentes assinalam mais importância ao acompanhamento médico é A 29,63% e onde assinalam mais importância ao acompanhamento psicológico na B (30,42%).

Tabela 39 - Contributo dos profissionais para o estado atual dos utentes por unidade

Local		Médico	Enfermeiro	Psicólogo	TSSS	TPS + TO
A	Média	29,63	37,32	24,55	8,33	na
	dp	19,86	18,12	20,07	12,71	na
	Mínimo	0	5	0	0	na
	Máximo	80	80	85	60	na
B	Média	11,75	47,75	30,42	2,92	4,67
	dp	18,26	27,89	25,19	6,05	7,41
	Mínimo	0	0	0	0	0
	Máximo	70	100	85	30	25
C	Média	23,82	37,78	24,88	4,30	8,88
	dp	21,22	19,65	22,99	9,79	9,83
	Mínimo	0	0	0	0	0
	Máximo	80	85	80	50	40
Total	Média	21,73	40,95	26,62	5,18	4,52
	dp	21,07	22,70	22,88	10,11	7,95
	Mínimo	0	0	0	0	0
	Máximo	80	100	85	60	40

Legenda: TSSS= Técnico superior de serviço social; TPS+TO= Técnico psicossocial + Terapeuta ocupacional; na= Não aplicável.

Verificamos com o teste t para amostras emparelhadas, que a diferença entre os valores atribuídos aos enfermeiros e aos outros grupos profissionais tinha diferenças significativas (tabela 40).

Tabela 40 - Comparação do contributo dos enfermeiros e outros profissionais

	Média	dp	t
enfermeiro - médico	-19,21	35,62	-7,237*
enfermeiro - psicólogo	14,33	39,07	4,922*
enfermeiro - TSSS	35,76	26,86	17,863*
enfermeiro - TPS + TO	36,43	25,50	19,167*

Legenda: TSSS= Técnico superior de serviço social; TPS+TO= Técnico psicossocial + Terapeuta ocupacional; \*p<,001

### Tempo de programa

O tempo médio de programa de metadona, dos participantes é de 52,8 meses [1-201] dp= 43,31 ( $\bar{x}$ =4 anos e 4 meses). Na unidade C o tempo de programa dos participantes ( $\bar{x}$ =68,87) é quase o dobro do tempo dos participantes da unidade A ( $\bar{x}$ =36,5 meses).

Tabela 41 - Tempo de programa dos participantes por unidade

Local	n	Mínimo	Máximo	Média	dp
A	60	1	148	36,50	26,96
B	60	1	144	53,20	45,86
C	60	5	201	68,87	48,24
Total	180	1	201	52,82	43,31

Analisando a diferença entre os valores dos participantes de cada unidade, no que se relaciona com o tempo de programa, a diferença é estatisticamente significativa (F=9,141; gl=2; p <0,01).

## 2.3.2 – Resultados funcionais

### Qualidade de vida

O intervalo de resposta possível pode ir de 20 aos 80 valores.

Nos 180 participantes verificamos o valor médio da QV de 63,03 [23-80]  $dp=11,38$ . Prevalece na amostra valores positivos de QV ( $\bar{x}=78,79\%$ ).

Em relação à subescala “satisfação pessoal e autocuidado” que pode ter um intervalo de 8-32 a média foi 26,93 (84,1%), a subescala “situação sócio familiar” que pode ter um intervalo de 8-32 a média foi 23,75 (74,21%); subescala “sócio profissional e económica” 4-16 a média foi 12,36 (77,25%).

Utilizamos estatística paramétrica pois os dados apresentavam uma distribuição próxima à normalidade e com homogeneidade das variâncias nas 3 unidades (Levene=1,315;  $p=,271$ ). Na unidade B, os dados apresentaram uma distribuição normal (KS=,102;  $p=,189$ ) e em relação às restantes, os dados apresentaram uma distribuição próxima à normalidade.

Na unidade B os participantes assinalaram o valor mais elevado de QV 65,26 (81,58%). Verificamos com o ANOVA, que não há diferenças significativas entre as amostras ( $F=2.132$ ;  $gl=2$ ;  $p=,122$ ).

Os valores da QV encontrados são significativamente positivos nas três (3) amostras estudadas. A maioria da população percebe melhoria da sua QV depois da entrada no programa onde estão inseridos (tabela 42). Em relação ao ponto de corte, e fazendo a adaptação do cálculo original (Pacheco, Murcho, & Jesus, 2005) o ponto de corte é 40. Nas diferentes subescalas adaptamos o ponto de corte para 16 na sub escala “fatores da satisfação pessoal e autocuidado”, 16 na subescala “factores da situação sócio familiar” e 8 na subescala fatores da “situação socioprofissional e económica”.

No que se refere as subescalas, os participantes da unidade B apresentaram valores mais elevados em todas as subescalas.

Tabela 42 - Valores das subescalas QV por unidade

Local		Valor absoluto	%	Satisfação pessoal e autocuidado	Situação sócio familiar	Situação sócio profissional e económica
A	Média	61,01	76,27	26,47	22,72	11,83
	dp	12,05		5,03	5,46	3,62
	Mínimo	31,00		10,00	9,00	4,00
	Máximo	79,00		32,00	32,00	16,00
	Média	<b>65,26</b>	<b>81,58</b>	<b>27,37</b>	<b>25,03</b>	<b>12,87</b>
B	dp	10,57		4,812	4,84	2,83
	Mínimo	23,00		8,00	9,00	6,00
	Máximo	79,00		32,00	32,00	16,00
	Média	62,83	78,54	26,97	23,50	12,37
	dp	11,23		4,45	5,54	3,11
C	Mínimo	26,00		9,00	8,00	6,00
	Máximo	80,00		32,00	32,00	16,00
	Média	63,03	78,79	26,93	23,75	12,36
	dp	11,38		4,76	5,35	3,21
	Mínimo	23,00		8,00	8,00	4,00
C	Máximo	80,00		32,00	32,00	16,00

### Saúde mental

O intervalo de resposta possível pode ir de 5 a 30 valores.

A totalidade dos participantes apresentou valor médio de 18,48 [5-29];  $dp=5,66$ , o que corresponde a uma percentagem de 53,9% (tabela 43).

Em relação à subescala “distress” pode ter um intervalo de 3-18 a média foi 12,22 (67,88%), e a subescala “bem-estar” pode ter um intervalo de 2-12 a média foi 6,26 (52,16%).

Utilizamos testes paramétricos pois os dados apresentavam uma distribuição próxima à normalidade e com homogeneidade das variâncias nas 3 unidades (Levene= $0,416$ ;  $p=0,660$ ). Por equipas, todas apresentaram uma distribuição dos dados próximos à normalidade.

Os participantes que assinalaram melhor SM foram os da unidade B com um valor de 18,65 (54,6%) e Verificamos com o ANOVA, que não há diferenças significativas entre as unidades ( $F=0,05$ ;  $gl=2$ ;  $p=0,950$ ).

Os valores de SM assinalados pelos utentes são em média, reveladores de sintomatologia moderada pois estão acima do ponto de corte (52%) para a sintomatologia grave mas no intervalo para a sintomatologia moderada 52-60% (Ribeiro J. P., 2001; Guadalupe, 2008; Ribeiro J. P., Inventário de Saúde Mental, 2011).

No que se refere as subescalas, a equipa B apresentou valores mais elevados em todas as subescalas.

Tabela 43 - Valores das subescalas SM por unidade

Local		SM valor absoluto	%	SM distress	SM bem-estar
A	Média	18,31	53,2	12,18	6,13
	dp	5,97		4,01	2,46
	Mínimo	5,00		3,00	2,00
	Máximo	29,00		18,00	11,00
B	Média	<b>18,65</b>	<b>54,6</b>	<b>12,27</b>	<b>6,38</b>
	dp	5,30		3,37	2,29
	Mínimo	6,00		4,00	9,00
	Máximo	27,00		17,00	32,00
C	Média	18,48	53,9	12,22	6,27
	dp	5,77		3,64	2,47
	Mínimo	6,00		4,00	2,00
	Máximo	29,00		18,00	12,00
Total	Média	18,48	53,9	12,22	6,26
	dp	5,66		3,66	2,40
	Mínimo	5,00		3,00	2,00
	Máximo	29,00		18,00	12,00

### Consequências da dependência de substâncias

O intervalo de resposta possível pode ir de 16 a 80 valores.

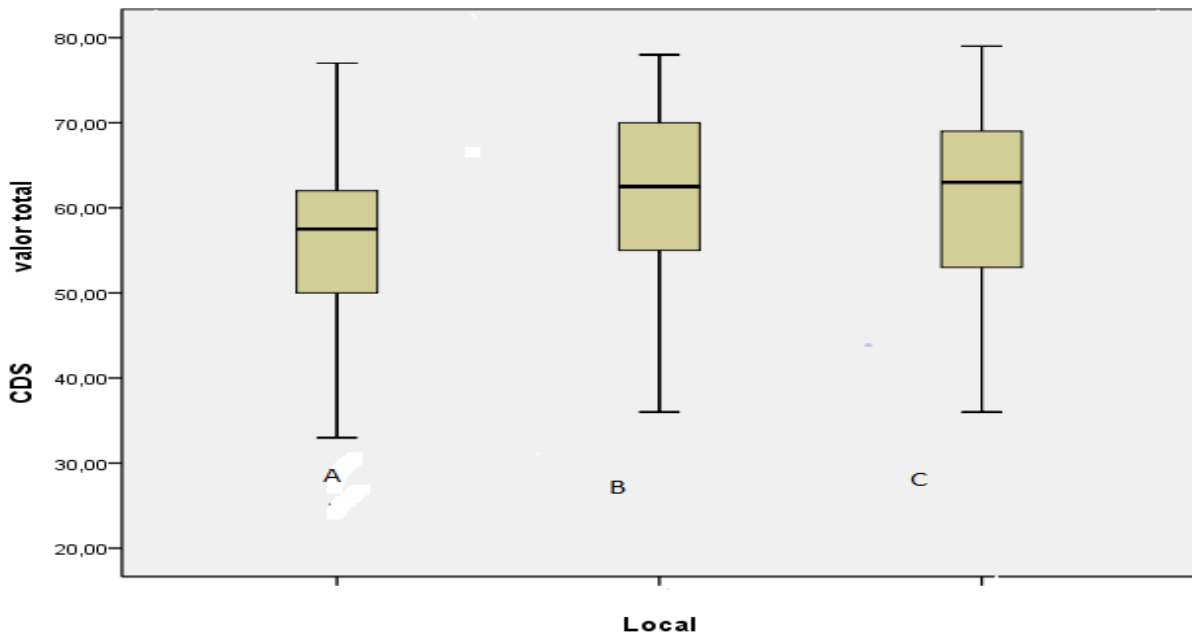
A totalidade dos participantes apresentou valor de 59,65 [25-79]; dp=10,71, o que corresponde a uma percentagem de 74,5%.

Em relação à dimensão “psicofamiliar” que pode ter um intervalo de 4-20 a média foi 13,06 (65,3%), dimensão “capacidade física e cognitiva” que pode ter um intervalo de 5-25 a média foi 20,41 (81,64%); “dimensão autocuidado” 4-20 a média foi 16,14 (80,7%); dimensão “económico-laboral” foi 10,03 (66,86).

Os dados assumiram uma distribuição próxima à normalidade e com homogeneidade das variâncias nas 3 amostras selecionadas por local (Levene=,217; p=,805).

Os participantes que assinalaram melhor CDS foram os da unidade B com um valor de 61,95 (77,4%). Verificamos com o ANOVA, que há diferenças significativas entre as unidades (F=6,333; gl=2; p=,002). Verificamos diferenças essencialmente entre a unidade A (55,56) e as restantes (p<0,05)(gráfico 8).

Gráfico 8 – Distribuição de CDS por unidade



Os valores médios de CDS são positivos pois estão acima do ponto de corte que foi estipulado nos 48 valores, o que percentualmente atinge o valor de 50%.

A amostra A é a que manifesta mais consequências da dependência de substâncias (tabela 44), concordante com a afirmação anterior de menor SM e menor QV.

Tabela 44 - Valores das subescalas CDS por unidade

Local		CDS valor absoluto	%	Psico-familiares	Capacidade física e cognitiva	Autocuidado	Económicas e laborais
A	Média	55,76	69,7	12,92	18,95	14,82	9,08
	dp	10,85		4,36	4,09	3,17	2,95
	Mínimo	25,00		4,00	6,00	6,00	3,00
	Máximo	77,00		20,00	25,00	19,00	15,00
	Média	<b>61,95</b>	<b>77,4</b>	<b>13,57</b>	21,07	16,32	<b>11,00</b>
B	dp	9,92		3,61	3,28	2,92	3,53
	Mínimo	36,00		6,00	9,00	9,00	4,00
	Máximo	78,00		20,00	25,00	20,00	15,00
	Média	61,23	76,5	12,70	<b>21,22</b>	<b>17,30</b>	10,02
	dp	10,43		3,86	3,17	2,79	3,74
C	Mínimo	36,00		4,00	14,00	8,00	3,00
	Máximo	79,00		20,00	25,00	20,00	15,00
	Média	59,65	74,5	13,06	20,41	16,14	10,03
	dp	10,71		3,95	3,67	3,12	3,49
	Mínimo	25,00		4,00	6,00	6,00	3,00
	Máximo	79,00		20,00	25,00	20,00	15,00

### 2.3.3 - Relação entre instrumentos QV, MHI5, CDS, SUCECS22

Ao relacionarmos os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados, com a amostra participantes-utentes, verificamos que a maior correlação encontra-se entre o MHI5 e o CDS e entre a QV e o CDS ( $p < ,001$ ). Destaca-se a correlação escassa mas com significado estatístico entre o SUCECS e a QV e o MHI5 (tabela 45).

**Tabela 45 - Matriz de correlação entre escalas dos resultados**

	QV total	CDS total	MHI5 total	SUCECS total
QV total	1			
CDS total	,485**	1		
MHI5 total	,382**	,553**	1	
SUCECS total	,195**	,083	,196**	1

\*\* Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

A análise da correlação entre as subescalas da QV e do CDS revela existirem relações significativas entre todas as subescalas dos dois instrumentos. A relação mais significativa encontrou-se entre a subescala CDS económicas e laborais e a subescala QV fatores de situação sócio profissional e económica, o que reforça as opções tomadas na análise fatorial dos instrumentos (tabela 46).

**Tabela 46 - matriz de correlação entre as subescalas de QV e CDS**

	CDS Psicofamiliares	CDS Físicas e cognitivas	CDS Autocuidado	CDS Económicas e laborais
QV Fatores de Satisfação pessoal e autocuidado	,196**	,245**	,340**	,230**
QV Fatores da situação sócio familiar	,425**	,355**	,227**	,267**
QV Fatores de situação sócio profissional e económica	,334**	,407**	,250**	,530**

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

A análise da correlação entre as subescalas da QV e do MHI5 revela existirem relações significativas entre todas as subescalas dos dois instrumentos. A relação mais significativa encontrou-se entre a subescala MHI5 Bem-estar e a subescala QV Fatores de situação sócio profissional e económica. A dimensão bem-estar é a que mais se correlaciona com todas as dimensões da QV. A subescala que mais se relaciona com o distress é a dimensão QV Fatores da situação sócio familiar (tabela 47).

**Tabela 47 - Matriz de correlação entre as escalas QV e MHI5**

	MHI5 Distress	MHI5 Bem-estar
QV Fatores de Satisfação pessoal e autocuidado	,210**	,238**
QV Fatores da situação sócio familiar	,351**	,363**
QV Fatores de situação sócio profissional e económica	,316**	,378**

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ )

A análise da correlação entre as subescalas da QV e do SUCECS revela existirem relações de fraca intensidade embora significativas, entre algumas das subescalas dos dois instrumentos. A relação mais significativa encontrou-se entre a subescala SUCECS qualidade na assistência e a

subescala QV fatores de situação sócio familiar. No entanto, a subescala QV satisfação pessoal e autocuidado é a que se correlaciona com mais dimensões da SUCECS (tabela 48).

**Tabela 48 - Matriz de correlação entre as subescalas de QV e SUCECS**

SUCECS	QV Fatores de Satisfação pessoal e autocuidado	QV Fatores da situação sócio familiar	QV Fatores de situação sócio profissional e económica
Qualidade na assistência	,191*	,259**	,096
Envolvimento do doente	,145	,141	-,019
Formalização da informação	,119	,092	,008
Promoção de elo de ligação	,148*	,217**	,133
Informação de recursos	,066	,037	-,105
Individualização da informação	,159*	,144	,116

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

A análise da correlação entre as subescalas da CDS e do MHI5 revela existirem relações de forte e moderada intensidade, significativas, entre algumas das subescalas dos dois instrumentos. A relação mais significativa encontrou-se entre a subescala MHI5 distress com a subescala CDS psicofamiliares. A subescala CDS psicofamiliares é mesmo a que mais se correlaciona com as duas subescalas do MHI5 (tabela 49).

**Tabela 49 - Matriz de correlação entre as subescalas CDS e MHI5**

	MHI5 Distress	MHI5 Bem-estar
CDS Psico-familiares	,654**	,576**
CDS Físicas e cognitivas	,338**	,331**
CDS Autocuidado	,188*	,198**
CDS Económicas e laborais	,353**	,357**

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Consideramos que após estas análises correlacionais, o processo de validação divergente, confirma a adequação do instrumento CDS em termos de conteúdo teórico e propriedades psicométricas (Marôco, 2011; Wood & Ross-Kerr, 2011).

A análise da correlação entre as subescalas do MHI5 com as subescalas do SUCECS revela existirem relações significativas de fraca intensidade entre algumas das subescalas dos dois instrumentos. A relação mais significativa encontrou-se entre a subescala MHI5 bem-estar com a subescala SUCECS qualidade na assistência. A dimensão do distress é a que se correlaciona com o maior número (3) de subescalas do SUCECS (tabela 50).

**Tabela 50 - Matriz de correlação entre as subescalas MHI5 e SUCECS**

SUCECS	SM Distress	SM Bem-estar
Qualidade na assistência	,216**	,223**
Envolvimento do doente	,121	,095
Formalização da informação	,132	,107
Promoção de elo de ligação	,216**	,163**
Informação de recursos	-,019	,010
Individualização da informação	,170*	,047

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

É estatisticamente significativo a correlação positiva entre os que assinalaram mais SM com os que assinalaram maior valor na dimensão da satisfação com a qualidade na assistência e na satisfação com a promoção do enfermeiro como elo de ligação.

A análise da correlação entre as subescalas do CDS com as subescalas do SUCECS revela que existe uma relação moderada entre a subescala promoção de elo de ligação e a CDS psicofamiliares. Existem relações significativas de fraca intensidade entre a subescala CDS autocuidado com as subescalas qualidade na assistência e individualização da informação. (tabela 51).

**Tabela 51 - matriz de correlação entre as subescalas CDS e SUCECS**

CDS	SU Qualidade na assistência	SU Envolvimento do doente	SU Formalização da informação	SU Promoção de elo de ligação	SU Informação de recursos	SU Individualização da informação
	,134	,087	,061	,280	,066	,145
Físicas e cognitivas	,058	-,118	-,021	,095	-,092	,084
Autocuidado	,191	-,087	,048	,047	-,046	,173
Economico laborais	,098	-,061	-,055	,183	-,028	,082

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

## 2.4 - Relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas dos utentes com os instrumentos

Para uma melhor compreensão e amplitude da interpretação dos resultados dos participantes-utentes face aos dados dos instrumentos utilizados no estudo, fizemos também uma análise das relações entre algumas das variáveis contínuas sociodemográficas, da história toxicológica, comorbilidades e acompanhamento técnico, com a QV, a SM, o CDS e o SUCECS (subescalas e escala total).

A matriz de correlação encontrada permitiu observar que é significativamente menor a QV quanto maior é o número de entradas no programa e maior o número de comorbilidades dos utentes. Maiores consequências da dependência de substâncias relacionam-se com mais substâncias consumidas, com mais reentradas no programa, com maiores doses de metadona, com maior presença de comorbilidades e finalmente, com menor tempo de programa.

Em relação a SM encontramos dados significativos que nos demonstram que esta é menor quando há mais reentradas e mais comorbilidades. Em relação a Satisfação com os Cuidados de Enfermagem verificamos que apenas a sua relação com o nº de entradas em programa se relaciona estatisticamente de forma significativa, quanto maior é o nº de entradas menor é a satisfação com os cuidados (tabela 52).

Tabela 52 - Matriz da correlação de variáveis contínuas da amostra "utentes" com as escalas

	QV total	CDS total	MHI5 total	SUCECS total
Idade	-,053	,096	,010	-,031
Nº de substâncias	-,088	-,370**	-,038	-,141
Anos de consumo	-,100	-,083	-,061	-,059
Tempo de programa	,106	,225**	,124	-,054
Nº de entradas	-,159*	-,273**	-,212**	-,220**
Dose de metadona	-,048	-,244**	-,129	,046
Importância dos Enfermeiros	,010	,026	-,028	,045
Nº de comorbilidades	-,208**	-,351**	-,214**	-116

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ). \* Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ainda analisando a correlação entre algumas variáveis contínuas, verificamos que a correlação entre o grau de importância atribuído ao papel dos enfermeiros no acompanhamento do programa e a satisfação com os cuidados de enfermagem é quase inexistente ( $p > 0,05$ ).

## 2.5 - Relação entre variáveis sociodemográficas, profissionais e de intervenção dos enfermeiros com o JDS

Na matriz de correlação não se verificou nenhuma correlação significativa, no entanto, a orientação da correlação (Pestana & Gageiro, 2005), permite deduzir que quando maior a idade, a experiência de trabalho com dependentes, o tempo de atendimento disponibilizado pelo serviço para atender os utentes e a opinião sobre o tempo disponível para este atendimento, menor é a avaliação que estes enfermeiros fazem das condições do trabalho. (tabela 53).

Verificamos ainda que quanto maior o nº de intervenções que os enfermeiros assinalam realizar, melhor avaliam as suas condições de trabalho, o que levanta a questão do condicionamento sentido para assinalar a realização menos intervenções quando as condições de trabalho são pior percebidas.

Tabela 53 - Matriz de correlação de variáveis contínuas da amostra "enfermeiros" com os instrumentos

	JDS valor total (r)
Idade	-,312
Tempo de profissão	-,261
Tempo de trabalho com dependentes	-,242
Nº de horas de atendimento do serviço	-,143
Nº de horas para cuidados indiretos	,359
Opinião sobre o tempo para cuidados diretos	-,491
Opinião sobre o tempo para cuidados indiretos	,181
Nº de intervenções que cada enfº faz	,410

n=10;  $p > ,05$

### **3 – VERIFICAÇÃO DAS HIPÓTESES**

Neste sub capítulo, apresentamos a análise dos dados, procurando responder às hipóteses delineadas que se centram nas relações entre variáveis (Cotralha, 2007; Guadalupe, 2008; Macnee & McCabe, 2008).

Face à multiplicidade de variáveis e à necessidade de subdividir as hipóteses centrais noutras subsidiárias, a hipótese será confirmada quando a maioria das sub hipóteses forem validadas (Guadalupe, 2008). Usamos como critério para validar a hipótese, quando no conjunto das sub hipóteses, a maioria assumir diferenças estatisticamente significativas. Se não, confirma-se apenas parcialmente. Na ausência de hipóteses estatisticamente significativas, a hipótese será infirmada.

#### **Hipótese 1**

Na formulação da **hipótese 1**, admitimos que as **variáveis estruturais dos Enfermeiros tivessem relações significativas com as intervenções**.

Definimos como hipóteses subsidiárias:

##### **H1.1 – Mais idade dos enfermeiros corresponde a mais intervenções realizadas.**

A correlação encontrada **infirmar a hipótese**. Há uma correlação negativa pois quando aumenta a idade diminui o número de intervenções ( $r=-,344$ ;  $p=,330$ ;  $\pi=,102$ ). Por equipas A e B apresentaram uma correlação negativa e verificamos uma correlação positiva na equipa C ( $r=,688$ ;  $p=,312$ ).

##### **H1.2 – Melhor qualificação dos enfermeiros corresponde a mais intervenções assinaladas.**

Numa primeira análise verificamos que as habilitações literárias dos enfermeiros são muito semelhantes entre as equipas.

Verificamos que entre as 3 unidades não existiam diferenças significativas em termos de enfermeiros especialistas / generalistas. Nesta hipótese, foi possível utilizar o teste paramétrico de comparação de médias para amostras independentes, pois a distribuição das variáveis era homogénea. Optamos por constituir e comparar o número médio de intervenções que estes profissionais assinalaram realizar (tabela 54).

Tabela 54 - Média de intervenções realizadas consoante a formação profissional

Nº de intervenções	Enfermeiros	n	média	dp
	Cuidados gerais	7	31,1	9,82
Especialistas de saúde mental	3	36,6	3,51	

Apesar de se verificar maior número de intervenções assinaladas pelos enfermeiros especialistas, o teste indicou não haver diferenças significativas ( $t=-,922$ ;  $gl=8$ ;  $p=,384$ ;  $\pi=,351$ ) o que nos leva a **confirmar apenas parcialmente a hipótese**.

### H1.3 – Mais tempo de experiência profissional corresponde a mais intervenções assinaladas por cada enfermeiro.

A experiência profissional, é com relevância associada em muitos estudos, a intervenções promotoras de cuidados mais efetivos (Benner, 2001; Duffield, et al., 2011).

A verificação da normalidade da distribuição dos dados relativos a estas variáveis, possibilitou a realização do teste paramétrico de correlação. Encontramos uma correlação negativa mas não significativa ( $r=-,369$ ;  $p=,294$ ;  $\pi=,111$ ). O que nos levou a **infirmar a hipótese**, ou seja, quanto maior a experiência profissional dos enfermeiros, menos intervenções assinalam.

### H1.4 – Mais tempo de experiência com dependentes corresponde a mais intervenções assinaladas por cada enfermeiro.

Entre estas duas variáveis verificou-se uma relação negativa entre o tempo de experiência com dependentes e o número de intervenções assinaladas ( $r=-,279$ ;  $p=,434$ ;  $\pi=,083$ ) o que nos leva a **infirmar a hipótese**

### H1.5 – Mais idade dos enfermeiros corresponde a mais satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.

Segundo algumas autoras, a idade é um fator associado ao desenvolvimento da perícia enquanto enfermeiros. Atingir a proficiência (que inclui a efetividade das intervenções) é algo que é mais seguramente conseguido com idades mais avançadas e que se relacionam com o desenvolvimento profissional pela via da aquisição de competências (Benner, 2001). Neste sentido, verificamos que a média de idades entre as 3 equipas de enfermagem era significativamente diferente ( $F=13,454$ ;  $gl=2$ ;  $p=,004$ ) e na comparação múltipla de médias entre amostras, verificamos que havia diferenças significativas entre a amostra A e a C ( $p < 0,01$ ).

Relacionando estes dados com a diferença significativa dos valores da satisfação, somos levados a **infirmar a hipótese** pois quanto maior é a média de idades da amostra dos enfermeiros, menor é a satisfação dos utentes.

### H1.6 – Melhor qualificação dos enfermeiros corresponde a mais satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.

No que se refere aos valores da satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem, verificamos que na equipa A os valores médios são superiores (A=58,21; B=56,01 e C=51,98;  $p < ,001$ ).

Quanto ao nível de formação enfermeiros especialistas / enfermeiros de cuidados gerais, verificamos que nas equipas A e B a percentagem de enfermeiros especialistas é 33,3% e na equipa C 25%. Não há diferenças significativas quanto à formação especializada entre equipas ( $X^2(10)=0.79$  (2);  $p > ,005$ ).

Para verificarmos a diferença entre a satisfação dos participantes com os cuidados de enfermagem e a consistência dessa diferença, separamos os grupos e verificamos as médias. Os que estavam a ser cuidados por uma equipa com 33,3% de enfermeiros especialistas (grupo 1,  $n=120$ ;  $\bar{x} = 57,11$ ) e os que eram cuidados por uma equipa em que havia 25% de enfermeiros especialistas (grupo 2,  $n=60$ ;  $\bar{x} = 51,98$ ). Utilizamos o t test, que nos revelou que a diferença em termos de satisfação nas duas amostras, tem significado estatístico ( $t=5,434$ ;  $gl=178$ ;  $p < 0,01$ ;  $\pi = ,990$ ).

Verificamos através da comparação múltipla de médias, que há diferenças significativas na satisfação dos utentes entre as unidades que apresentaram 33,3% de especialistas (A e B) e a unidade com 25% (C). Entre as equipas A e B a diferença não é significativa (tabela 55).

**Tabela 55 – Comparação múltipla da satisfação entre amostras**

Local	Local	Comparação de médias
A	B	2,20
	C	6,23*
B	A	-2,20
	C	4,03*
C	A	-6,23*
	B	-4,03*

\* $p < ,05$

Estes dados levam-nos a **confirmar a hipótese**, assumindo que a presença de enfermeiros especialistas nas equipas tendem a responder melhor às necessidades específicas em cuidados de enfermagem, que como descrevemos no enquadramento, podem ser avaliadas pela satisfação com os cuidados (Ribeiro A. L., 2005; Doran D. , 2011).

### **H1.7 – Mais experiência profissional dos enfermeiros, corresponde a mais satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.**

Partindo dos dados anteriormente obtidos, em que verificamos uma diferença significativa na satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem nas diferentes equipas ( $F=17,09$ ;  $gl=2$ ;  $p < 0,01$ ), principalmente na diferença entre a equipa A e a B (>satisfação) com a média da satisfação dos utentes da equipa C (< satisfação), importa relacionar com a experiência profissional dos enfermeiros.

Agregamos os dados relativos à experiência profissional dos enfermeiros para obter uma média por equipa (equipa A=44,33; B=173,33 meses e C=276,5 meses) e poder transpor para a base de dados dos utentes. Depois dos dados desagregados, permitiu relacionar com o valor de satisfação da totalidade dos participantes através de uma análise de comparação de médias ( $F=17,09$ ;  $gl=2$ ;  $p < 0,01$ ). O resultado revela que a maior experiência profissional corresponde menor satisfação dos utentes. Confirmamos esta relação através e um teste de correlação ( $r=-,973$ ;  $p=148$ ) que infirma a hipótese.

Estes dados **infirmam a hipótese**. A valores superiores de experiência profissional dos enfermeiros, corresponde menor satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem.

### **H1.8 – Mais experiência profissional com pessoas dependentes, corresponde a mais satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.**

Agregamos os dados referentes à experiência com pessoas dependentes e verificamos com o teste ANOVA, que há diferenças significativas entre as equipas ( $F=17,09$ ;  $gl=2$ ;  $p < 0,01$ ) e na comparação múltipla da satisfação, em função das unidades, os dados apontam para os mesmos resultados que na hipótese anterior.

Estes resultados **infirmam a hipótese**, a mais tempo de experiência com dependentes, corresponde menores valores de satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem.

O facto de as relações significativas apenas se verificarem em relação à satisfação com os cuidados, e nenhuma das relações com as intervenções ser estatisticamente significativa, leva-nos a confirmar parcialmente (tabela 56).

Tabela 56 – H1 - Ponderação final das sub-hipóteses

Sub-hipótese	Teste estatístico	Confirmação
1.1 Idade/Intervenções	$r=-,334; p=,330$	Infirma
1.2 Qualificação / Intervenções	$t=-,922; p=,384$	Parcialmente
1.3 Experiência profissional/Intervenções	$r=-,369; p=,294$	Infirma
1.4 Experiência com dependentes/Intervenções	$r=-,279; p=,434$	Infirma
1.5 Idade/Satisfação com os cuidados	$F=13,454; p=,004$	<u>Infirma</u>
1.6 Qualificação/Satisfação com os cuidados	$t=5,434; p<,001$	<u>Confirma</u>
1.7 Experiência profissional/Satisfação com os cuidados	$F=17,09; p<,01$	<u>Infirma</u>
1.8 Experiência com dependentes/Satisfação	$F=17,09; p<,01$	<u>Infirma</u>
<b>H1</b>		<b>PARCIAL</b>

Sublinhadas – As sub-hipóteses estatisticamente significativas

## Hipótese 2

Na formulação da **hipótese 2**, admitimos que as **variáveis estruturais das unidades tivessem relações significativas com as intervenções**.

**H 2.1 – Mais horas de atendimento para cuidados diretos corresponde a mais intervenções realizadas**

Perante a não normalidade da distribuição dos dados na variável horas de atendimento direto, utilizamos o teste de correlação de Spermán que revelou uma escassa correlação negativa mas sem significado estatístico ( $\rho=-,135; p=,709; \pi=,106$ ), o que **infirma a hipótese**. Quando mais horas disponibilizadas, menos intervenções fazem.

**H 2.2 – A perceção de mais tempo disponível para os cuidados diretos corresponde a mais intervenções realizadas.**

Verificamos uma quase inexistente correlação, negativa e não significativa ( $\rho=-,071; p=,846; \pi=,057$ ) o que **infirma a hipótese**.

**H 2.3 – Mais horas de cuidados indiretos corresponde a mais intervenções realizadas**

Verificamos uma fraca correlação sem significado estatístico ( $\rho=,135; p=,709; \pi=,115$ ), o que **confirma parcialmente a hipótese**. Quando mais horas de cuidados indiretos mais intervenções são realizadas.

**H 2.4 – A Perceção de mais tempo disponível para os cuidados indiretos, corresponde a mais intervenções realizadas.**

A relação entre estas duas variáveis, revelou uma razoável correlação embora não significativa ( $\rho=,435; p=,209; \pi=,166$ ) que **confirma parcialmente a hipótese**.

## **H 2.5 – Um rácio enfermeiro/utente mais elevado corresponde menos intervenções realizadas.**

Em função da homogeneidade dos dados em relação ao rácio enfermeiro/utente, realizamos uma comparação do nº de intervenções realizadas por cada enfermeiro. A comparação por unidade não revelou diferenças estatisticamente significativas ( $F=,411$ ;  $gl=2$ ;  $p=,678$ ). Na comparação de médias entre unidades também não se verificaram diferenças significativas.

Verificamos que em termos de média de intervenções realizadas a equipa A tem 36, a B 33,67 e a C 29,75. **Confirma-se parcialmente a hipótese** pois a equipa que tem maior rácio (B) não é a que tem menor número de intervenções. A equipa A apresenta menor rácio e é a que tem mais intervenções.

Reforçando esta análise e correlacionando estas duas variáveis: nº de intervenções (Shapiro Wilk= $,953$ ;  $p=,683$ ), com a variável rácio, verifica-se uma correlação negativa mas sem significado estatístico ( $r=-,175$ ;  $p=,629$ ;  $\pi=,108$ ).

## **H 2.6 – Melhor perceção das condições de trabalho corresponde a mais intervenções realizadas.**

Em função da normalidade da distribuição dos dados nestas duas variáveis, utilizamos o teste de Pearson que revelou uma boa correlação mas sem significado estatístico ( $r=,410$ ;  $p=,239$   $\pi=,056$ ). Entre equipas salienta-se o mesmo resultado encontrado na intensidade da relação e no significado estatístico o que nos leva a **confirmar parcialmente a hipótese**.

## **H 2.7 – Mais horas de atendimento para cuidados diretos corresponde a maior satisfação face aos cuidados de enfermagem.**

As horas de atendimento diário por unidade são significativamente diferentes  $A=4,6h$   $B=5,4$  e  $C=5,0h$  ( $p<0,05$ ). Comparando com a média dos valores de satisfação com os cuidados, por unidade, verificamos que a unidade que disponibiliza menos tempo de atendimento é a equipa onde os utentes têm mais satisfação, o que **infirmam a hipótese**. Sabemos no entanto que é a amostra com menor rácio enfermeiro/doente. Se compararmos os dados da equipa B com a C verificamos que concorrem para a hipótese pois mais horas de atendimento correspondem a mais satisfação com os cuidados.

Reforçando estes dados que infirmam a hipótese, verificamos uma fraca correlação negativa e significativa ( $\rho=-,190$ ;  $p=0,011$ ).

## **H 2.8 – A percepção de mais tempo disponível para os cuidados diretos, corresponde a mais satisfação face aos cuidados de enfermagem.**

Verificamos que a diferença da percepção do tempo disponível para cuidados diretos não é significativa ( $A=1,67$ ,  $B=1,33$ ,  $C=2,0$ ;  $p>,005$ ). Ora, sabendo que a diferença de média da satisfação com os cuidados, por amostra, é  $A=58,21$ ;  $B= 56,01$  e  $C= 51,98$ , e estas diferenças são significativas ( $p<0,01$ ), somos levados a considerar que os dados **infirmam a hipótese**, a medida que sobe a percepção sobre o tempo disponível para cuidados diretos, diminui a satisfação com os cuidados. Os utentes têm maior satisfação onde os enfermeiros percecionam menos tempo para cuidados diretos.

## **H 2.9 – Mais horas para cuidados indiretos corresponde a maior satisfação face aos cuidados de enfermagem.**

As horas disponíveis para cuidados indiretos são significativamente diferentes  $A=4,3h$   $B=4,6h$  e  $C=3,7h$  ( $p<0,05$ ). Comparando com a média dos valores de satisfação com os cuidados por unidade, verificamos que a equipa que dispõe de menos tempo para cuidados indiretos (C) é a equipa onde os utentes têm menor satisfação, o que **confirma hipótese**, embora, se compararmos os dados da equipa A com a B verificamos que não concorrem para a hipótese pois mais horas de cuidados indiretos correspondem a menos satisfação com os cuidados.

Reforçando a verificação da hipótese, verificamos uma correlação moderada ( $\rho=,220$ ;  $p=,003$ ). Estes dados apontam para a importância do tempo para preparar a prestação de cuidados e como isso se revela na satisfação com os cuidados.

## **H 2.10 – A percepção de mais tempo disponível para os cuidados indiretos, corresponde a mais satisfação face aos cuidados de enfermagem.**

Verificamos que diferença entre equipas sobre a percepção do tempo disponível para cuidados indiretos não é significativa ( $A=2,33$ ,  $B=1,67$ ,  $C=1,83$ ;  $p>,005$ ). Ora sabendo que a diferença encontrada na média da satisfação com os cuidados por unidade é  $A=58,21$ ;  $B= 56,01$  e  $C= 51,98$ , e estas diferenças são significativas ( $p<0,01$ ), somos levados a considerar que os dados **confirmam a hipótese**, à medida que sobe a percepção sobre o tempo disponível para cuidados indiretos, aumenta a satisfação (que não se verifica na equipa B). Podemos considerar que a percepção da adequação do tempo para cuidados indiretos, contribui para uma melhor concretização das ações de suporte, que proporcionam depois uma melhor prestação de cuidados diretos e conseqüentemente uma melhor satisfação com os cuidados.

### **H 2.11 – Um rácio enfermeiro/utente mais elevado corresponde a menor satisfação com os cuidados de enfermagem**

O rácio enfermeiro/utente por equipa, apresentou diferenças estatisticamente significativas (A=85; B=143,3; C=124,5;  $p<,005$ ). Sabendo que a diferença encontrada na média da satisfação com os cuidados, por unidade, é A=58,21; B= 56,01 e C= 51,98, e estas diferenças são significativas ( $p<,01$ ), somos levados a considerar que os dados **confirmam a hipótese**, à medida que sobe o rácio diminui a satisfação. Como se confirma a diferença significativa em termos de satisfação entre a equipa A e C, os dados da equipa B não concorrem para confirmar a hipótese pois é a que tem maior rácio mas é a segunda em termos de satisfação. Reforçando, verificamos uma correlação fraca ( $\rho=-,190$ ;  $p=0,011$ ). O menor rácio, promotor de maior disponibilidade para os cuidados aos utentes confirma-se como um fator para melhor satisfação com os cuidados.

### **H 2.12 – A perceção de melhores condições de trabalho corresponde a melhor satisfação com os cuidados de enfermagem.**

Verificamos que, em termos das condições do trabalho (JDS) os valores não tinham diferenças significativas entre as equipas (A=79,67; B=76,33; C=70,25). A equipa A tem maior valor na perceção das condições de trabalho e igualmente é a unidade onde os utentes apresentam maior satisfação com os cuidados. A equipa C é a que apresenta resultados mais baixos nestas duas variáveis, o que nos leva **confirmar a hipótese**.

Realizando o teste ANOVA, verificamos uma diferença estatisticamente significativa entre os valores de satisfação com os cuidados face às médias das condições do trabalho ( $F=14,096$ ;  $gl=2$ ;  $p=<,001$ ) que confirma a hipótese. Reforçando, verificamos uma boa correlação entre a satisfação com os cuidados e a média das condições do trabalho ( $\rho=,410$ ;  $p=<,001$ ).

Admitimos na construção das hipóteses, que estas seriam confirmadas, se na análise das sub hipóteses a maioria também se confirmasse de forma estatisticamente significativa (tabela 57).

Tabela 57 - H2 Ponderação final das sub hipóteses

Sub-hipótese	Teste estatístico	Confirmação
2.1 Horas de atendimento/Intervenções	$\rho = -,135; p = ,709$	Infirma
2.2 Percepção do tempo de atendimento/Intervenções	$\rho = ,932; p = ,368$	Infirma
2.3 Horas para cuidados indiretos/Intervenções	$\rho = ,135; p = ,709$	Parcialmente
2.4 Percepção do tempo para cuid. Indirec./Intervenções	$\rho = ,435; p = ,209$	Confirma
2.5 Maior Rácio/Menos intervenções	$F = ,411; p = ,678$	Parcialmente
2.6 Condições de trabalho/Intervenções	$r = ,410; p = ,239$	Parcialmente
2.7 Horas de atendimento/Satisfação	$\rho = -,190; p = ,011$	Infirma
2.8 Percepção do tempo de atendimento/Satisfação	$F = 17,09; p < ,01$	Infirma
2.9 Horas para cuidados indiretos/Satisfação	$\rho = ,220; p = ,003$	Confirma
2.10 Percepção do tempo para cuid. Indirec./Satisfação	$F = 17,09; p < ,01$	Confirma
2.11 Maior Rácio/Menos Satisfação	$\rho = -,190; p = ,011$	Confirma
2.12 Condições de trabalho/Satisfação	$\rho = ,410; p < ,001$	Confirma
<b>H2</b>		<b>CONFIRMADA</b>

Sublinhadas – As hipóteses estatisticamente significativas

### Hipótese 3

Na formulação da **hipótese 3**, admitimos que as **variáveis estruturais das unidades tivessem relações significativas com as variáveis estruturais dos enfermeiros**.

**H3.1 – Mais idade dos enfermeiros corresponde a melhor percepção das condições do trabalho.**

Garantida a normalidade na distribuição dos dados para as duas variáveis, verificamos uma correlação negativa que **infirma a hipótese**. Quanto mais velhos, menor percepção têm das condições do trabalho ( $r = -,312; p = ,381; \pi = ,295$ ).

**H3.2 – Melhor qualificação dos enfermeiros corresponde a melhor percepção das condições do trabalho.**

Agrupamos os enfermeiros pelo seu nível de formação e utilizamos o teste de comparação de médias para amostras independentes. A diferença encontrada não tem significado estatístico ( $t = -,296; gl = 8; p = ,775; \pi = ,282$ ). Consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese** (tabela 58).

Tabela 58 - Comparação de médias do JDS pela diferenciação profissional

JDS	Enfermeiros	N	Média	dp
	Enfermeiro de cuidados gerais	7	74,29	10,70
	Especialista de saúde mental	3	76,33	7,57

### **H 3.3 – Mais tempo de experiência com dependentes corresponde a melhor percepção das condições do trabalho**

Verificada a normalidade na distribuição dos dados, correlacionamos estas duas variáveis e verificamos uma moderada correlação, negativa, embora sem significado estatístico ( $r=-,246$ ;  $p=,493$ ;  $\pi=,199$ ). Estes dados **infirmam a hipótese** colocada. O que nos coloca perante a questão do papel da experiência profissional na percepção das questões do trabalho.

### **H 3.4 – Mais idade dos enfermeiros corresponde a uma melhor percepção do tempo para cuidados diretos**

Verificarmos que a idade tem uma distribuição normal ( $SW=,862$ ;  $p=,080$ ) verificamos que a correlação é moderada, não significativa ( $r=,405$ ;  $p=,246$ ;  $\pi=,196$ ). **Confirma parcialmente a hipótese.**

### **H 3.5 – Mais idade dos enfermeiros corresponde a uma melhor percepção do tempo para cuidados indiretos**

Verificamos uma forte correlação negativa e estatisticamente significativa ( $r= -,670$ ;  $p=,034$   $\pi=,388$ ), o que **infirmam a hipótese**. Os mais velhos têm menor percepção do tempo para prestar cuidados indiretos.

### **H 3.6 – Melhor qualificação dos enfermeiros corresponde a melhor percepção do tempo para cuidados diretos**

Agrupamos os enfermeiros em duas categorias (enfermeiros generalistas e especialistas) para comparar as médias da percepção do tempo para cuidados diretos entre estes dois grupos (que tem uma distribuição não normal dos dados). Os generalistas têm  $\bar{x}=1,71$  e especialistas  $\bar{x}=1,67$ .

Verificamos através de um teste NP que a diferença entre as amostras não tem significado estatístico ( $U=10,500$ ;  $p=1,0$   $\pi=,078$ ). **Infirmam a hipótese.**

### **H 3.7 – Melhor qualificação dos enfermeiros corresponde a melhor percepção do tempo para cuidados indiretos**

Agrupamos os enfermeiros em duas categorias para comparar as médias da percepção do tempo para cuidados indiretos. Os generalistas têm  $\bar{x}=1,86$  e especialistas  $\bar{x}=1,67$ .

Verificamos através de um teste NP que a diferença entre as amostras não tem significado estatístico ( $U=9,000$ ;  $p=,696$   $\pi=,068$ ). **Infirmam a hipótese.**

### H 3.8 – Mais tempo de trabalho com dependentes de drogas corresponde a melhor percepção do tempo para cuidados diretos

Verificamos que a correlação é moderada mas não significativa ( $\rho=,422$ ;  $p=,224$ ;  $\pi=,426$ ) o que confirma parcialmente a hipótese.

### H 3.9 – Mais tempo de trabalho com dependentes de drogas corresponde a melhor percepção do tempo para cuidados indiretos

Verificamos que a correlação é forte, negativa e significativa ( $\rho=-,687$ ;  $p=,028$ ;  $\pi=,340$ ), o que infirma a hipótese.

Em relação a esta hipótese, verificamos que apenas duas sub hipóteses se relacionam significativamente, o que nos leva a confirmar parcialmente (tabela 59).

Tabela 59 - H3 Ponderação final das sub hipóteses

Sub-hipótese	Testes estatísticos	Confirmação
3.1 Idade/Condições do trabalho	$r=-,312$ ; $p=,381$	Infirma
3.2 Qualificações/Condições do trabalho	$t=-,296$ ; $p=,775$	Parcialmente
3.3 Experiência com dependentes/Condições do trabalho	$r=-,246$ ; $p=,493$	Infirma
3.4 Idade/Percepção de tempo para cuidados diretos	$r=-,405$ ; $p=,246$	Parcialmente
3.5 Idade/Percepção de tempo para cuidados indiretos	$r=-,670$ ; $p=,034$	<u>Infirma</u>
3.6 Qualificações/Percepção de tempo para cuidados diretos	$U=10,500$ ; $p=1,0$	Infirma
3.7 Qualificações/Percepção de tempo para cuidados indiretos	$U=9,000$ ; $p=,696$	Infirma
3.8 Exp. com dependentes/Percepção de tempo para cuidados diretos	$\rho=,422$ ; $p=,224$	Parcialmente
3.9 Exp. com dependentes/Percepção de tempo para cuidados indiretos	$\rho=,687$ ; $p=,028$	<u>Infirma</u>
<b>H3</b>		<b>PARCIAL</b>

Sublinhadas – As hipóteses estatisticamente significativas

## Hipótese 4

Na formulação da hipótese 4 admitimos que as intervenções tivessem relações positivas com os resultados obtidos pelos utentes, centrando as variáveis de processo nas intervenções, relacionando em primeiro lugar com os resultados que mais diretamente avaliam o processo (satisfação com os cuidados, tempo de programa, importância atribuída ao papel dos enfermeiros) e seguidamente com os resultados funcionais e clínicos.

### H 4.1 – Mais intervenções sistemáticas corresponde a melhores resultados funcionais e satisfação obtidos pelos utentes.

Decorrente do processo necessário para relacionar dados de bases de dados diferentes, agregamos o número de intervenções mais significativas em cada equipa, verificamos a tipologia dessas intervenções e designamos o número que iria servir para comparação entre equipas. Equipa A assumiu 26 intervenções sistemáticas, B= 19 e C=10, sendo esta diferença significativa ( $p<0,05$ ). Verificamos que a Satisfação é mais elevada na equipa que realiza mais intervenções

sistemáticas. Em relação à QV, SM e CDS os índices são menores precisamente na equipa A (tabela 60), o que se pode justificar pelas variáveis estruturais dos próprios utentes (mais desemprego, mais instabilidade nos programas, início mais precoce de consumos).

**Tabela 60 – Resultados funcionais face ao número de intervenções sistemáticas**

Local		Média	dp
A 26 int.	QV	61,01	12,05
	CDS	55,76	10,85
	MHI5	18,31	5,97
	SUCECS	<b>58,21</b>	6,12
B 19 int.	QV	<b>65,26</b>	10,57
	CDS	<b>61,95</b>	9,92
	MHI5	<b>18,65</b>	5,30
	SUCECS	56,01	4,51
C 10 int.	QV	62,83	11,25
	CDS	61,23	10,43
	MHI5	18,48	5,77
	SUCECS	51,98	6,87

As diferenças são significativas em relação ao CDS e à Satisfação com os cuidados (tabela 61). Os dados da Satisfação são os únicos que concorrem para a hipótese.

**Tabela 61 – Comparação entre unidades dos resultados funcionais face ao número de intervenções sistemáticas**

Local		QV total	MHI5 total	CDS total	SUCECS	
	Nº Intervenções sistemáticas	ANOVA	2,132	,051	6,333*	17,096*

\*p<,005

Na comparação múltipla de médias (pós-hoc Bonferroni) verificamos que em termos de QV e de SM não há diferenças significativas entre as 3 equipas. Em relação às CDS verificamos que entre a equipa A e as restantes há sempre diferença significativa ( $p < 0,05$ ) mas entre a equipa B e C não há diferença significativa.

Em relação à satisfação com os cuidados, a equipa A tem diferença significativa com a equipa C ( $p < ,001$ ) mas não significativa com a B. Entre a B e a C há diferença igualmente significativa ( $p < ,005$ ).

Verificamos que os enfermeiros concretizam mais intervenções de forma sistemática, nas unidades onde os utentes apresentam menos tempo de programa, menos comorbilidades e consomem mais substâncias. A necessidade de implementar mais intervenções está associada a um maior consumo de substâncias e a maiores consequências da dependência de substâncias (tabela 62).

Tabela 62 - Comparação de resultados clínicos face ao número de intervenções sistemáticas

Local		Médias	dp
A 26 int.	Tempo de programa	36,50	26,96
	Nº de comorbilidades por pessoa	1,63	,86
	Nº de substâncias consumidas	1,17	1,21
B 19 int.	Tempo de programa	53,20	45,86
	Nº de comorbilidades por pessoa	1,83	1,22
	Nº de substâncias consumidas	<b>1,22</b>	1,05
C 10 int.	Tempo de programa	<b>68,87</b>	48,24
	Nº de comorbilidades por pessoa	<b>2,02</b>	,91
	Nº de substâncias consumidas	1,13	,92

Encontramos com o teste ANOVA apenas diferenças significativas no TP ( $F=9,141$ ;  $gl=2$ ;  $p=<,001$ ) mais concretamente entre a equipa A e C ( $p<,001$ ). Podemos considerar que face ao aumento médio do TP, os enfermeiros tendem a diminuir o nº de intervenções sistemáticas. Estes dados não corroboram a hipótese.

Verificamos que o maior número de participantes-utentes sem consumos encontra-se na amostra A (tabela 63) mas não é a amostra que consome menos substâncias. Este facto pode estar associado ao número de substâncias que os restantes consomem e ao facto de algumas substâncias serem mais consumidas pelos participantes da unidade A. Isto está associado a maiores consequências da dependência de substâncias.

Apenas a variável “consumo de BZD” apresentava diferenças estatisticamente significativas ( $\chi^2(2)= 20,260$ ;  $p<0,001$ ) entre unidades, com 20 participantes a consumirem na unidade C e apenas 1 na amostra A.

Tabela 63 - Diferenças face as substâncias consumidas

Local		Sem consumos	Heroína	Estimulantes	Cannabis	Álcool	Benzodiazepinas
A	n	<b>22</b>	10	15	23	<b>21</b>	1
B	n	15	<b>11</b>	<b>16</b>	<b>15</b>	19	12
C	n	15	4	15	14	15	<b>20</b>

Finalizando consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

#### H 4.2 – Mais tempo de programa corresponde a melhores resultados obtidos pelos utentes.

A relação entre o TP e a Satisfação, como dois resultados que se relacionam diretamente com as intervenções dos enfermeiros, revelou uma relação quase inexistente (tabela 64) que não concorre para a hipótese. Em relação aos restantes resultados, todos concorrem para a hipótese, contudo, com uma correlação fraca ou moderada. A relação mais significativa encontra-se na relação entre o CDS e o tempo de programa.

Tabela 64 - Relação entre o tempo de programa, os resultados funcionais e a satisfação com os cuidados

Tempo de programa	r	QV total	CDS total	MHI5 total	SUCECS
		,106	,225*	,124	-,054

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Verificamos a relação entre o TP e o MHI5 e confirmamos relação positiva nas 3 equipas mas apenas estatisticamente significativa ( $r = ,247$ ;  $p = ,048$ ) na equipa C. A relação entre o TP e o CDS por equipas, revela relação positiva nas 3 equipas mas significativa na equipa B ( $r = ,319$ ;  $p = ,019$ ). O TP surge como um fator que promove melhor SM e melhor gestão das consequências da dependência de substâncias.

Comparamos o tempo de programa face ao consumo de diferentes substâncias. Maioritariamente os que não consomem têm mais tempo de programa. Verificamos médias comparadas mais significativas em relação aos que consomem heroína e estimulantes ( $p < 0,05$ ). O tempo de programa surge como fator protetor para os consumos de substâncias exceto para os que consomem BZD que apresentam mais tempo de programa que os que não consomem (tabela 65). Estes dados concorrem para a hipótese.

Tabela 65 - Tempo de programa face ao consumo de substâncias

		n	Média	dp	t test
Tempo de programa / Sem consumos	Não	128	49,91	42,20	-1,428
	Sim	52	60,12	45,52	
Tempo de programa / Heroína	Não	155	55,73	43,90	2,241*
	Sim	25	35,04	35,21	
Tempo de programa / Estimulantes	Não	134	56,68	45,82	2,039*
	Sim	46	41,72	32,93	
Tempo de programa / Álcool	Não	125	52,96	43,82	,049
	Sim	55	52,62	42,52	
Tempo de programa / Cannabis	Não	128	55,59	44,78	1,330
	Sim	52	46,13	39,06	
Tempo de programa / BZD	Não	147	51,96	42,52	-,585
	Sim	33	56,85	47,15	

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Analisando todas as variáveis envolvidas nesta sub hipótese, consideramos que a **hipótese se confirma**.

#### H 4.3 – Mais satisfação com os cuidados de enfermagem corresponde a melhores resultados funcionais obtidos pelos utentes.

Verificamos uma relação fraca mas estatisticamente significativa entre a satisfação, a QV e a SM. A mais Satisfação, corresponde melhor QV e melhor SM (tabela 66), o que concorre para a hipótese colocada.

Tabela 66 - Relação entre satisfação com os cuidados e os resultados funcionais

SUCECS	r	QV	MHI5	CDS
		,195**	,196**	,083

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Por unidades, todos os resultados apresentam uma correlação positiva com a Satisfação com os cuidados. Apenas na unidade A encontramos relações estatisticamente significativas (tabela 67). A Satisfação com os cuidados de enfermagem reforça a importância das intervenções de enfermagem, na obtenção de melhores resultados funcionais.

**Tabela 67 - Relação entre a satisfação com os cuidados de enfermagem e os resultados funcionais por unidade**

Local			QV total	MHI5 total	CDS total
A	SUCECS	r	,291*	,300*	,400**
B	SUCECS	r	,148	,073	,049
C	SUCECS	r	,238	,233	,054

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ); \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ )

Verificamos uma relação fraca e negativa entre a satisfação e o nº de comorbidades e o nº de substâncias consumidas (tabela 68), o que concorre para a hipótese.

**Tabela 68 - Relação entre a satisfação com os cuidados, o nº de comorbidades e o nº de substâncias consumidas**

SUCECS	r	Nº comorbidades	Nº de substâncias consumidas
		-,116	-,141

$p > ,005$

Os que não consomem substâncias têm em média mais Satisfação com os cuidados, sendo mais significativa a diferença entre os que não consomem estimulantes e BZD ( $p < 0,05$ ). Os estimulantes confirmam-se como fatores de risco para a continuidade no programa e diminui a Satisfação com os cuidados. Não sendo estatisticamente significativo, verificamos maior satisfação entre os que consomem álcool e cannabis (tabela 69). Estes dados confirmam a hipótese.

**Tabela 69 - Satisfação com os cuidados face ao consumo de substâncias**

		n	Média	dp	t test
SUCECS / Sem consumos	Não	128	54,91	6,57	-1,615
	Sim	52	56,61	5,97	
SUCECS / Heroína	Não	155	55,55	6,48	,774
	Sim	25	54,58	6,13	
SUCECS / Estimulantes	Não	134	56,01	6,10	2,192*
	Sim	46	53,63	7,06	
SUCECS / Alcool	Não	125	55,27	6,81	-,419
	Sim	55	55,70	5,52	
SUCECS / Cannabis	Não	128	55,20	6,27	-,661
	Sim	52	55,90	6,84	
SUCECS / BZD	Não	147	56,16	5,90	3,434*
	Sim	33	52,03	7,60	

\*Diferença com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ )

Analisando todas as variáveis envolvidas nesta hipótese, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

#### H 4.4 – Mais reconhecimento da importância do papel dos enfermeiros corresponde a melhores resultados obtidos pelos utentes.

Verificamos uma distribuição dos dados da variável “valor atribuído aos enfermeiros” próximo à normalidade. Verificamos que as correlações são praticamente inexistentes. A fraca relação com o SUCECS concorre para a hipótese (tabela 70).

**Tabela 70 - Relação entre a importância do papel dos enfermeiros com os resultados funcionais e satisfação**

Enfermeiro	r	QV	CDS	MHI5	SUCECS
		,010	,026	-,028	,045

Concorre para a hipótese a fraca relação com o tempo de programa ( $p < 0,05$ ) (tabela 71). Sabendo que o TP tem uma relação positiva com a maioria dos resultados, podemos considerar que a relação entre a importância atribuída ao papel dos enfermeiros, o TP e os resultados obtidos, pode ser considerada como um dos indicadores para a discussão sobre a sensibilidade dos resultados aos cuidados de enfermagem.

**Tabela 71 - Relação entre a importância do papel dos enfermeiros com resultados clínicos**

Enfermeiro	R	Nº de comorbilidades por pessoa	Idade 1º uso	Anos de consumo	Tempo de programa	nº de entradas	Dose de metadona	Nº de substâncias consumidas
		-,076	,059	-,014	,164*	-,036	-,094	,033

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ )

Quanto ao consumo de substâncias, verificamos que os que não consomem atribuem maior importância ao papel dos enfermeiros ( $p > 0,005$ ), o que concorre para a hipótese (tabela 72). Em relação aos utentes que consomem substâncias, os que consomem atribuem mais importância aos enfermeiros que os que não consomem, exceto nos que consomem BZD que atribuem a menor importância ao papel dos enfermeiros. Todas estas diferenças não são estatisticamente significativas, mas não podemos deixar de referir, apesar de não concorrerem para a hipótese, está na linha de orientação da abordagem que visa a redução de riscos e minimização de danos.

**Tabela 72 - Papel dos enfermeiros face ao consumo de substâncias**

		n	Média	Dp	t teste
S/consumos	Não	128	40,64	21,05	-,286
	Sim	52	41,71	26,53	
Heroína	Não	155	40,62	22,56	-,486
	Sim	25	43,00	23,89	
Estimulantes	Não	134	40,69	22,39	-,265
	Sim	46	41,72	23,81	
Cannabis	Não	128	40,26	23,72	-,641
	Sim	52	42,65	20,07	
Álcool	Não	125	40,06	23,19	-,796
	Sim	55	42,98	21,60	
BZD	Não	147	41,93	23,53	1,218
	Sim	33	36,61	18,23	

$p > 0,05$

Quanto a esta hipótese, ponderando todos os dados principalmente os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

Admitimos na construção das hipóteses, que estas seriam confirmadas, se na análise das sub hipóteses a maioria também se confirmasse de forma estatisticamente significativa (tabela 73).

**Tabela 73 - H4 Ponderação final das sub hipóteses**

Sub-hipótese	Confirmação
4.1 Intervenções/Resultados	Parcialmente
4.2 Tempo de programa/Resultados	Confirma
4.3 Satisfação/Resultados	Confirma
4.4 Importância do papel do enfermeiro/Resultados	Parcialmente
<b>H4</b>	<b>CONFIRMADA</b>

Sublinhadas – As hipóteses estatisticamente significativas. Dada a complexidade das sub hipóteses não nos é possível a apresentação de um único teste estatístico.

## Hipótese 5

Na formulação da **hipótese 5**, admitimos que **as variáveis estruturais dos utentes tivessem relações significativas com os resultados**.

### **H 5.1 – Mais idade corresponde a menores resultados**

Os dados revelaram que não havia diferenças significativas entre as unidades, no que se refere a idade dos participantes.

Verificamos que a idade tem uma fraca correlação positiva com o CDS, com o nº de comorbilidades ( $p < ,05$ ), e uma correlação moderada com o tempo de programa ( $p < ,01$ ).

Concorre para a hipótese a QV, o SUCECS e o nº de comorbilidades e tende a infirmar a hipótese a correlação com o CDS, o nº de substâncias consumidas e o tempo de programa (tabela 74).

**Tabela 74 - Relação entre a idade e os resultados**

	QV	CDS	MHI5	SUCECS	Nº de comorbilidades por pessoa	Nº de subs. Consumidas	Tempo de programa	
Idade	r	-,053	,096	,010	-,031	,147*	-,135	,285**

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ). \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Averiguando a relação TP com a idade, por equipas, verificamos que correlação assume o mesmo sentido nas 3 equipas, mas é apenas significativa estatisticamente na equipa C onde também apresenta a correlação mais elevada ( $r = ,397; p = ,002$ ).

A variável idade surge pouco relacionada com os resultados funcionais em estudo. Se com a idade, tende a subir o CDS, e diminui o nº de substâncias consumidas, este consumo assume

maior peso na gestão das consequências que o aumento do nº de comorbilidades (que se verifica pela correlação positiva).

Quanto aos consumos, verificamos que a média de idades é maior nos que não consomem, o que não concorre para a hipótese. A idade surge aqui como um fator protetor em quase todas as substâncias (cannabis  $p < ,005$ ). As BZD surgem associadas a uma média de idades mais elevada, sendo a única substância que concorre para a hipótese (anexo VIII).

Ponderando todos estes dados, consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

### H 5.2 – Os participantes do género feminino apresentam resultados inferiores

Verificamos que as mulheres apresentam resultados inferiores na QV, na SM ( $p < ,05$ ), no CDS, no SUCECS, assinalam mais comorbilidades ( $p < ,05$ ), o que concorre para a hipótese. Apresentam melhores resultados em relação aos anos de consumo (que têm significativamente menos que os homens), estabilizam mais tempo nestes programas e consomem menor nº de substâncias, dados que não concorrem para a hipótese. Atribuem mais importância que os homens, ao papel dos enfermeiros para o seu estado atual, embora a diferença não seja significativa (tabela 75).

As mulheres apresentam pior SM e mais comorbilidades, o que reforça a relação anteriormente destacada entre a saúde mental e a existência de comorbilidades ( $r = -,214$ ;  $p = ,004$ ).

**Tabela 75 - Resultados funcionais e clínicos face ao género**

	Género	n	Média	dp	t test
QV	Feminino	48	62,79	12,16	-,175
	Masculino	132	63,12	11,13	
CDS	Feminino	48	56,93	13,13	-1,786
	Masculino	132	60,63	9,55	
MHI5	Feminino	48	16,10	5,65	-3,506*
	Masculino	132	19,34	5,43	
SUCECS	Feminino	48	54,35	6,07	-1,325
	Masculino	132	55,78	6,53	
Anos de consumo	Feminino	48	12,06	5,65	-5,408**
	Masculino	132	18,51	7,51	
Nº de comorbilidades por pessoa	Feminino	48	2,08	1,16	2,048*
	Masculino	132	1,73	,94	
Tempo de programa	Feminino	48	62,00	50,63	1,540
	Masculino	132	49,53	40,02	
Nº de substâncias consumidas	Feminino	48	1,13	1,04	-,357
	Masculino	132	1,19	1,07	
"Enfermeiro"	Feminino	48	41,96	22,45	,358
	Masculino	132	40,58	22,86	

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ); \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Em relação aos consumos, verificamos que a percentagem de mulheres que não consome nenhuma substância é ligeiramente superior à dos homens, mas esta diferença não é estatisticamente significativa. As mulheres apresentam maior percentagem de consumo de álcool

e estimulantes. No entanto, as únicas substâncias em que as mulheres consomem mais que os homens (em termos percentuais) são os estimulantes e as BZD (associados a menor QV) (anexo VIII).

Ponderando todos estes dados, consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

### H 5.3 – Viver maritalmente corresponde a melhores resultados

Para avaliarmos o possível impacto das relações de natureza conjugal nos resultados obtidos pelas pessoas, agrupamos diferentes categorias da variável estado civil (solteiro, viúvo e divorciado) numa única categoria dos que vivem sem relações de natureza conjugal e agrupamos os que vivem maritalmente (casados, união de facto).

Verificamos que os que vivem sem ter uma relação de natureza conjugal têm resultados menores em QV ( $p < ,05$ ), no CDS, no TP, nos anos de consumo, o que confirma parcialmente a hipótese (tabela 76). Os que não vivem maritalmente consomem menor nº de substâncias e atribuem maior importância ao papel do enfermeiro para o seu estado atual (dados que infirmam a hipótese).

**Tabela 76 – Resultados funcionais, de satisfação e clínicos face à uma relação de natureza conjugal**

		n	Média	dp	t test
QV	s/união	126	61,96	12,14	-2,187*
	c/união	54	65,53	8,97	
CDS	s/união	126	58,74	10,67	-1,739
	c/união	54	61,75	10,61	
MHI5	s/união	126	18,50	5,86	,089
	c/união	54	18,42	5,21	
SUCECS	s/união	126	55,87	6,13	1,494
	c/união	54	54,31	7,01	
Tempo de programa	s/união	126	51,37	43,85	-,704
	c/união	54	56,33	42,21	
Anos de consumo	s/união	126	17,03	7,66	,613
	c/união	54	16,22	7,51	
Nº de comorbilidades por pessoa	s/união	126	1,83	1,01	-,048
	c/união	54	1,83	1,04	
Nº de substâncias consumidas	s/união	126	1,16	1,13	-,259
	c/união	54	1,20	,89	
Enfermeiro	s/união	126	41,81	22,21	,775
	c/união	54	38,94	23,88	

\*Diferença de médias com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quando à percentagem de pessoas que consome algum tipo de substância, esta é superior no grupo das pessoas que assinalaram uma relação de natureza conjugal. Estes dados não concorrem para a hipótese, embora os dados não sejam estatisticamente significativos (anexo XIII).

Particularizando, separadamente e comparativamente nos dois grupos, a percentagem dos que consomem é sempre superior no grupo dos que vivem maritalmente, exceto em relação a

heroína. Podemos considerar que as relações apenas surgem como fator protetor em relação ao consumo de heroína, o que nos desperta as questões dos policonsumos e da substituição da heroína por outras substâncias (Patrício, 2002; Nyamathi, et al., 2010a; Seabra & Sá, 2012).

Ponderando todos estes dados, principalmente os estatisticamente significativos consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

#### H 5.4 – Ter filhos associa-se a melhores resultados

A maioria da população em estudo tem filhos (52,8%). Na unidade C a maioria tem filhos ao contrário da unidade A e B em que a maioria não tem filhos. Esta diferença é estatisticamente significativa.

Concorrem para a hipótese a QV, CDS, anos de consumo, TP, nº de substâncias consumidas. Não concorrem para a hipótese a SM, o SUCECS e o nº de comorbilidades ( $p < ,05$ ). Estes dados são relevantes pois se associarmos mais comorbilidades e menos SM nos participantes que têm filhos, reforça-se a necessidade de atenção por parte dos enfermeiros com estas famílias. Verificamos no entanto que os que têm filhos atribuem menor satisfação com os cuidados de enfermagem, embora atribuam mais importância ao papel dos enfermeiros para o seu estado atual (tabela 77).

**Tabela 77 – Resultados funcionais, de satisfação e clínicos face à existência de filhos**

	filhos	n	Média	dp	t teste
QV	sim	95	63,36	11,31	,410
	não	85	62,67	11,51	
CDS	sim	95	59,68	11,24	,045
	não	85	59,61	10,15	
MHIS	sim	95	17,87	5,98	-1,533
	não	85	19,16	5,22	
SUCECS	sim	95	54,86	6,29	-1,197
	não	85	56,01	6,57	
Anos de consumo	sim	95	16,49	7,42	-,547
	não	85	17,12	7,84	
Tempo de programa	sim	95	55,54	45,14	,877
	não	85	49,86	41,23	
Nº de comorbilidades	sim	95	2,02	1,14	2,740*
	não	85	1,61	,80	
Nº de substâncias consumidas	sim	95	1,11	,96	-,890
	não	85	1,25	1,17	
Papel do enfermeiro	sim	95	41,40	21,53	,280
	não	85	40,45	24,05	

\*Diferença de médias com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quando aos consumos, verificamos que a percentagem de participantes que consome algum tipo de substância é superior nos que assinalaram filhos. Estes dados não concorrem para a hipótese, embora os dados não sejam estatisticamente significativos.

A percentagem de consumos em todas as substâncias é sempre superior nos que não têm filhos ( $p > ,005$ ) exceto em relação as BZD que é superior nos que têm filhos. Este dado pode ser associado à menor valor de SM nos participantes que têm filhos e mais comorbilidades, o que reforça a necessidade de maior atenção às necessidades em SM dos que têm filhos (anexo VIII). Ponderando todos estes dados, consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

### H 5.5 – Melhores habilitações corresponde a melhores resultados

Após verificarmos que a variável “habilitações” tinha uma distribuição de dados próxima à normalidade, correlacionamos com os resultados em estudo.

Verificamos que há uma fraca correlação ( $p < ,05$ ), entre maiores habilitações e menores consequências da dependência de substâncias (tabela 78). Destaca-se a correlação negativa entre os que têm mais habilitações e a satisfação.

**Tabela 78 - Relação entre habilitações e resultados funcionais**

Habilitações literárias	r	QV	CDS	MHI5	SUCECS
		-,089	,150	-,047	-,115

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verificamos que quanto mais habilitações menos comorbilidades ( $p < ,05$ ) e menos anos de consumo (tabela 79), apontando as habilitações como fator protetor. Estes dados concorrem para a hipótese.

**Tabela 79 - Relação entre as habilitações e resultados clínicos**

Habilitações literárias	r	Nº de comorbilidades por pessoa	Anos de consumo	Tempo de programa	Nº de substâncias consumidas	Enfermeiro
		-,240**	-,131	,025	-,087	,080

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

A relação entre o consumo de substâncias e as habilitações revela que os que não estão com consumos apresentam mais habilitações literárias embora a diferença não seja estatisticamente significativa. É relevante que os participantes que se encontram a consumir heroína têm menos habilitações (anexo X). As habilitações surgem como um fator protetor.

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.6 – Melhor situação laboral corresponde a melhores resultados

Agrupamos duas categorias da variável situação laboral testamos os resultados tendo em conta 4 situações laborais (Empregado, Desempregado, Formação + trabalho esporádico, Reformado).

Os participantes empregados apresentam significativamente melhores resultados funcionais (tabela 80), o que concorre para a hipótese em estudo. Destaca-se que os participantes que estão empregados são os que apresentam menor satisfação com os cuidados, o que remete para a reflexão sobre as intervenções dirigidas para os participantes que integram esta sub amostra.

**Tabela 80 - Resultados funcionais face à situação laboral**

		N	Média	dp	Anova
QV	empregado	55	68,18	10,54	F=6,038*
	desempregado	87	60,47	11,63	
	trabalho esporádico/formação	21	62,42	9,55	
	reformado	17	60,29	9,88	
CDS	empregado	55	68,25	6,45	F=25,175*
	desempregado	87	55,02	10,54	
	trabalho esporádico/formação	21	59,28	5,72	
	reformado	17	55,94	10,91	
MH15	empregado	55	20,92	4,48	F=5,563*
	desempregado	87	17,32	5,79	
	trabalho esporádico/formação	21	18,28	5,42	
	reformado	17	16,76	6,51	
SUCECS	empregado	55	54,60	6,81	F=,759
	desempregado	87	55,40	5,58	
	trabalho esporádico/formação	21	56,95	6,98	
	reformado	17	56,11	8,44	

\*Diferença de médias com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ );  $gl=3$ .

Os participantes empregados consomem menos substâncias, têm menos comorbilidades ( $p < ,05$ ), menos anos de consumo, mais tempo de programa e são os que atribuem aos enfermeiros mais relevância para o seu estado atual (tabela 81). Estes dados concorrem para a hipótese.

**Tabela 81 - Resultados clínicos face à situação laboral**

		N	Média	dp	Anova
Nº de substâncias consumidas	empregado	55	,89	,83	F=1,981
	desempregado	87	1,30	1,14	
	trab. esporádico/formação	21	1,33	1,15	
	reformado	17	1,24	1,14	
Nº de comorbilidades por pessoa	empregado	55	1,47	,74	F=8,245*
	desempregado	87	1,98	1,09	
	trab. esporádico/formação	21	1,48	,60	
	reformado	17	2,65	1,16	
Tempo de programa	empregado	55	66,71	48,50	F=3,788*
	desempregado	87	49,67	42,76	
	trab. esporádico/formação	21	47,76	30,92	
	reformado	17	30,65	27,37	
Anos de consumo	Empregado	55	14,93	6,40	F=2,319
	Desempregado	87	17,85	8,37	
	trab. esporádico/formação	21	15,57	6,29	
	reformado	17	18,88	7,66	
Enfermeiro	Empregado	55	44,27	27,96	F=,604
	Desempregado	87	39,05	21,45	
	trab. esporádico/formação	21	40,71	16,97	
	Reformado	17	40,24	15,27	

\*Diferenças de médias com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ );  $gl=3$ .

A relação entre os que consomem ou não consomem, face à situação laboral, não tem diferença significativa. Entre os empregados, a maior percentagem não consome, ao contrário dos desempregados ou dos que têm apenas trabalho esporádico, a maioria consome. Em todas as substâncias é sempre maior a percentagem dos que consomem nos desempregados e sempre maior a percentagem dos que não consomem nos empregados (anexo X). É significativo, os estimulantes ( $p < ,05$ ), serem a substância mais consumida pelos desempregados, seguida da heroína. Salienta-se que os reformados consomem essencialmente cannabis e BZD ( $p < ,05$ ), que podemos relacionar com a idade e com a SM dos participantes mais velhos da amostra. As BZD são a única substância em que a percentagem de reformados a consumir é significativa. Estes dados concorrem para a hipótese.

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.7 – Uma tipologia de rendimentos mais estável corresponde a melhores resultados

Agrupamos em 3 categorias, a tipologia dos rendimentos (ordenado e reforma; Apoios sociais, familiares e trabalho esporádico; Atividade ilícitas e de exclusão social). Verificamos que os que assinalaram como rendimento ordenado e reforma apresentam significativamente melhores resultados nos três resultados funcionais (tabela 82) o que concorre para a hipótese em estudo.

**Tabela 82 - Resultados funcionais face ao tipo de rendimentos**

		N	Média	dp	Anova
QV	Ordenado e reforma	70	66,40	10,98	F=11,835*
	Apoios sociais, familiares...	94	62,39	10,22	
	Atividades Ilícitas e exclusão	16	52,12	12,64	
CDS	Ordenado e reforma	70	65,64	9,12	F=33,286*
	Apoios sociais, familiares...	94	57,36	8,53	
	Atividades Ilícitas e exclusão	16	46,87	12,70	
MH15	Ordenado e reforma	70	19,95	5,35	F=7,713*
	Apoios sociais, familiares...	94	18,11	5,24	
	Atividades Ilícitas e exclusão	16	14,18	7,02	
SUCECS	Ordenado e reforma	70	55,07	7,27	F=,501
	Apoios sociais, familiares...	94	55,82	5,61	
	Atividades Ilícitas e exclusão	16	54,37	7,20	

\*Diferença de médias com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).  $gl=2$ .

Os participantes que assinalaram como rendimento o ordenado e reforma consomem menos substâncias, têm menos comorbilidades e menos anos de consumo, têm mais tempo de programa. Estes dados concorrem para a hipótese. Os participantes com atividades ilícitas e de exclusão são os que reconhecem mais o papel dos enfermeiros, o que novamente remete para a adequação das intervenções mais específicas face às necessidades das pessoas (anexo VIII). Nenhuma destas relações é estatisticamente significativa.

Verificamos que a maioria dos participantes que vivem do ordenado ou reforma não consome, ao contrário dos que vivem de apoios sociais e familiares em que a maioria consome (diferenças significativas em relação aos estimulantes e à cannabis). Os que vivem de atividades ilícitas ou de exclusão consomem essencialmente heroína e cannabis. O número de pessoas que não consome é sempre superior aos que consomem e é sempre maior a percentagem dos consumidores nos que vivem de apoios sociais e familiares, do que nos que vivem do ordenado (anexo VIII). Estes dados concorrem para a hipótese.

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.8 – Os resultados variam face ao tipo de profissão

Tendo em conta a classificação das profissões e analisando a diferença entre médias com o teste ANOVA, verificamos que quem percebe melhor QV são os operadores de instalações, máquinas e montagem (anexo VIII). Os que manifestam mais SM e mais CDS ( $P < ,05$ ) são os que têm profissões do domínio intelectual e quem manifestou mais satisfação com os cuidados, foram os trabalhadores qualificados. Em relação ao CDS, verificamos que quem manifestou menor índice de CDS foram os trabalhadores administrativos (tabela 83).

**Tabela 83 - Resultados funcionais face à tipologia das profissões**

		N	Média	dp	ANOVA
CDS	1 Pessoal administrativo	13	57,38	15,94	F=2,223*
	2 Serviços pessoais	23	59,08	10,60	
	3 Trabalhador não qualificado	61	58,09	10,26	
	4 Trabalhador qualificado	56	59,28	10,01	
	5 Operador de instalações	12	67,83	9,59	
	6 Atividade intelectual	3	71,00	5,56	
	7 Técnicos intermédios.	12	61,75	7,62	

gl=6; \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verifica-mos que os trabalhadores intelectuais consomem menos substâncias ( $\bar{x}=,67$ ;  $dp=,57$ ), têm menos comorbilidades ( $\bar{x}=1,33$ ;  $dp=,57$ ), mais tempo de programa ( $\bar{x}=97,00$ ;  $dp=33,18$ ). Quem assinalou mais anos de consumo são os técnicos intermédios ( $\bar{x}=20,92$ ,  $dp=9,22$ ) e quem atribuiu mais relevância ao papel dos enfermeiros foram as profissões administrativas e secretárias ( $\bar{x}=47,62\%$ ,  $dp=29,09$ ). Diferenças estatisticamente não significativas.

A única diferença estatisticamente significativa quanto as substâncias consumidas, verificou-se em relação às BZD (tabela 84) consumida essencialmente por trabalhadores não qualificados (27,3%).

Tabela 84 - Consumo de BZD face às profissões

		Consome	Não consome
BZD $\chi^2(6)=15,122^*$	1 Pessoal administrativo	5(15,2%)	8(5,4%)
	2 Serviços pessoais,	5(15,2%)	18(12,2)
	3 Trabalhadores não qualificados	9(27,3%)	52(35,4%)
	4 Trabalhadores qualificados	6(18,2%)	50(34%)
	5 Operador de instalações	2(6,1%)	10(6,8)
	6 Atividade intelectual	0(0%)	3(2%)
	7 Técnicos intermédios.	6(18,2%)	6(4,1%)
	Total	33 (100%)	147 (100%)

\*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam parcialmente a hipótese**.

### H 5.9 – O consumo de substâncias corresponde a menores resultados

Os participantes que consomem heroína manifestam mais consequências da dependência de substâncias e menos TP ( $p < ,05$ ). Não se revelaram diferenças no valor da QV e SM (tabela 85). Os dados concorrem para a hipótese. Os que consomem assinalam maior importância ao papel dos enfermeiros, revelando a adequação das intervenções de proximidade.

Tabela 85 - Resultados funcionais e clínicos face ao consumo de heroína

	heroína	N	Média	dp	t test
QV	Não consome	155	62,99	11,80	
	Consome a substância	25	63,32	8,44	-,133
CDS	Não consome	155	60,65	9,90	
	Consome a substância	25	53,44	13,42	2,576*
MHI5	Não consome	155	18,41	5,79	
	Consome a substância	25	18,92	4,81	-,415
SUCECS	Não consome	155	55,55	6,48	
	Consome a substância	25	54,48	6,13	-,774
Nº de comorbilidades por pessoa	Não consome	155	1,81	,95	
	Consome a substância	25	1,96	1,36	-,699
Anos de consumo	Não consome	155	16,45	7,36	
	Consome a substância	25	18,92	8,86	-1,514
Tempo de programa	Não consome	155	55,73	43,90	
	Consome a substância	25	35,04	35,21	2,241*
Enfermeiro	Não consome	155	40,62	22,56	
	Consome a substância	25	43,00	23,89	-,498

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Os participantes que consomem estimulantes manifestam maiores consequências da dependência de substâncias, menor SM, menor satisfação com os cuidados de enfermagem e têm menos tempo de programa. Os resultados são melhores naqueles que não consomem o que concorre para a hipótese. Os que consomem assinalam maior importância ao papel dos enfermeiros, revelando a adequação das intervenções de proximidade (tabela 86).

Tabela 86 - Resultados funcionais e clínicos face ao consumo de estimulantes

	Estimulantes	N	Média	dp	t test
QV	Não consome	134	63,70	10,71	1,351
	Consome a substância	46	61,08	13,08	
CDS	Não consome	134	61,79	9,97	4,855*
	Consome a substância	46	53,41	10,44	
MHI5	Não consome	134	19,17	5,36	2,838*
	Consome a substância	46	16,47	6,07	
SUCECS	Não consome	134	56,01	6,10	2,192*
	Consome a substância	46	53,63	7,06	
Nº de comorbilidades por pessoa	Não consome	134	1,86	,96	,683
	Consome a substância	46	1,74	1,16	
Anos de consumo	Não consome	134	16,35	7,53	-1,321
	Consome a substância	46	18,07	7,77	
Tempo de programa	Não consome	134	56,68	45,82	2,039*
	Consome a substância	46	41,72	32,93	
Enfermeiro	Não consome	134	40,69	22,39	-,265
	Consome a substância	46	41,72	23,81	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Nos participantes que consomem cannabis, verificamos que a única diferença significativa ( $t$  test=2,119;  $gl=178$ ;  $p < ,05$ ) encontrada foi: maior impacto das consequências da dependência (sim  $\bar{x} = 56,92$ ,  $dp 11,09$ , não  $\bar{x} = 60,75$ ,  $dp 10,39$ ) nos que consomem (Anexo VIII). Estes dados concorrem parcialmente para a hipótese.

Nos participantes que consomem álcool, verificamos que a única diferença significativa ( $t$  test=2,267;  $gl=178$ ;  $p < ,05$ ) encontrada foi: mais SM nos que consomem álcool (sim  $\bar{x} = 19,74$ ,  $dp 4,37$ , não  $\bar{x} = 17,92$ ,  $dp 6,07$ ) (anexo VIII). Estes dados concorrem parcialmente para a hipótese.

Os participantes que consomem BZD apresentam resultados significativamente inferiores em todos os resultados (exceto o TP). O uso de BZD constitui-se um fator associado com resultados menos positivos (tabela 87).

Tabela 87 – Resultados funcionais e clínicos face ao consumo de BZD

	Benzodiazepinas	N	Média	dp	t test
QV	Não consome	147	63,98	11,19	2,388*
	Consome a substância	33	58,81	11,41	
CDS	Não consome	147	60,48	10,57	2,225*
	Consome a substância	33	55,93	10,71	
MHI5	Não consome	147	18,93	5,62	2,305*
	Consome a substância	33	16,45	5,45	
SUCECS	Não consome	147	56,16	5,90	3,434*
	Consome a substância	33	52,03	7,60	
Nº de comorbilidades por pessoa	Não consome	147	1,72	,94	-3,034*
	Consome a substância	33	2,30	1,18	
Anos de consumo	Não consome	147	16,20	7,25	-2,225*
	Consome a substância	33	19,42	8,67	
Tempo de programa	Não consome	147	51,96	42,52	-,585
	Consome a substância	33	56,85	47,15	
enfermeiro	Não consome	147	41,93	23,53	,430
	Consome a substância	33	36,61	18,23	

gl=178, \*Comparação com m um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verificamos, analisando os dados referentes às 5 substâncias estudadas, que o resultado que mais é influenciado pelos consumos é o CDS ou seja, o consumo de qualquer das substâncias leva à

manifestação de mais consequências da dependência de substâncias. O consumo de heroína e estimulantes diminui significativamente o TP. O consumo de estimulantes e BZD está associado significativamente a menor SM e a menor satisfação com os cuidados. A substância com mais impacto nos resultados das pessoas são as BZD, pois além do já citado, estão associadas à diminuição da QV, aumento do nº de comorbidades e um aumento dos anos de consumo.

Destaca-se a média mais elevada em termos de SM naqueles que consomem álcool ( $p < 0,01$ ), justificável pelo nº elevado dos que assinalando o consumo de álcool, têm emprego fixo, esporádico ou estão reformados (49,1%) e sabendo que mais emprego corresponde a melhor SM e melhor QV.

Analisando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.10 – O policonsumo associa-se a resultados inferiores

Quanto mais substâncias se consome, menores são os valores em todos os resultados (tabela 88), com a correlação do CDS estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ).

**Tabela 88 - Relação entre o número de substâncias, resultados funcionais e satisfação com os cuidados**

	QV	CDS	MHI5	SUCECS
Nº de substâncias consumidas	-,088	-,370**	-,038	-,141

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Quanto maior o nº de substâncias consumidas: mais anos de consumo, o tempo de programa tende a ser menor, reentram mais vezes, maior é a dose de metadona (como estratégia das equipas terapêuticas para estabilizar estes doentes nos programas). Verificamos ainda a associação entre um início mais precoce no uso de substâncias e um maior número de substâncias consumidas (tabela 89). Estes dados concorrem para a hipótese em estudo.

**Tabela 89 - Relação entre o número de substâncias, resultados clínicos e história toxicológica**

Nº de substâncias	Nº de comorbidade	Anos de consumo	Meses de programa	Idade 1º uso	nº de entradas	Dose de metadona	Enfermeiro
	,079	,234**	-,144	-,247**	,109	,182*	,033

n=180, \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ), \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Para aprofundar o estudo sobre o policonsumo, procuramos saber quais as substâncias que são mais associadas ao policonsumo e apuramos que é a heroína, seguida dos estimulantes. O álcool é a substância menos associada ao policonsumo, justificando que em algumas comparações, apesar dos consumos de álcool, há resultados positivos. Todas estas comparações são estatisticamente significativas (tabela 90).

Tabela 90 - Número de substâncias associadas ao consumo de cada substância

		n	Média	dp	t test
Nº de substâncias	C/ heroína	25	2,60	1,08	-8,539*
	S/ heroína	155	,94	,87	
	C/ estimulantes	46	2,37	1,01	-9,898*
	S/estimulantes	134	,76	,71	
	C/ cannabis	52	2,10	1,05	-7,978*
	S/ cannabis	128	,80	,81	
	C/ álcool	55	1,89	1,08	-6,689*
	S/ álcool	125	,86	,89	
	C BZD	33	1,94	1,05	-4,851*
	S/ BZD	147	1	,99	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.11 – Manutenção de consumos intravenosos associam-se a menores resultados

Verificamos que a manutenção de consumos intravenosos associa-se a menores resultados funcionais (tabela 91), essencialmente a QV ( $p < ,005$ ).

Tabela 91 – Resultados funcionais face ao consumo por via IV

	Consumos IV	N	Média	dp	t test
QV	Sim	6	52,33	16,34	-2,373*
	Não	174	63,40	11,05	
CDS	Sim	6	53,33	4,76	-1,473
	Não	174	59,86	10,80	
MHI5	Sim	6	14,50	5,95	-1,763
	Não	174	18,62	5,61	
SUCECS	Sim	6	52,50	6,34	-1,126
	Não	174	55,50	6,43	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Os que consomem IV têm menos comorbilidades, começaram a consumir mais cedo, têm mais anos de consumo, têm menos tempo de programa, reentram mais vezes, fazem sensivelmente a mesma dose de metadona, consomem mais substâncias e assinalam mais importância aos enfermeiros no seu acompanhamento, comparativamente aos que não consomem IV. Todas estas diferenças estatisticamente não significativas.

Comparamos a data de início de consumos dos que consomem IV ( $\bar{x}=14,83$ ;  $dp=1,94$ ), com os que não consomem IV ( $\bar{x}=18,41$ ;  $dp=5,60$ ) e verificamos que apesar de a comparação não ser significativa ( $t=-1,559$ ;  $gl=180$ ;  $p=,121$ ), reforça que os consumos precoces além de estarem relacionados com mais policonsumo associam-se a mais consumos IV.

Os consumos IV estão essencialmente relacionados com os estimulantes (cocaína  $n=6$ ) ou associados com a heroína ( $n=2$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.12 – A presença de comorbilidades corresponde a menores resultados

Doença física – Os participantes que assinalaram doença física manifestaram valores inferiores em todos os resultados, reduz a SM e aumenta as consequências da dependência de substâncias de forma significativa (tabela 92).

**Tabela 92 - Resultados funcionais face à doença física**

	Doença física	N	Média	dp	t test
QV	Não	100	64,18	11,41	1,509
	Sim	80	61,61	11,24	
CDS	Não	100	61,50	10,70	2,632*
	Sim	80	57,33	10,33	
MHIS	Não	100	19,41	5,52	2,491*
	Sim	80	17,32	5,64	
SUCECS	Não	100	55,89	6,31	1,130
	Sim	80	54,80	6,56	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verificamos que o nº de comorbilidades é significativamente superior nos que têm doença física, atribuem maior importância ao papel dos enfermeiros mas não assumem maior número de substâncias consumidas (tabela 93).

**Tabela 93 - Resultados clínicos e da história toxicológica face à doença física**

	Doença física	N	Médias	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	100	1,40	,79	-6,92*
	Sim	80	2,36	1,02	
Meses de programa	Não	100	48,56	38,81	-1,458
	Sim	80	58,23	48,06	
Dose de metadona	Não	100	73,71	36,81	-,166
	Sim	80	74,76	46,27	
Nº de substâncias consumidas	Não	100	1,17	1,08	-,031
	Sim	80	1,18	1,05	
Enfermeiro	Não	100	39,62	22,14	-,878
	Sim	80	42,61	23,41	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e a doença física ( $n=80$ ), verificamos que apenas naqueles que consomem BZD é significativamente superior os que tem doença física face aos que não tem ( $\chi^2(1) = 6,028; p = ,014$ ), 21 sim e 12 não. Não se verificou diferenças nos que consomem heroína, estimulantes, canábis e álcool.

Consideramos que os dados relacionados com a doença física concorrem para a hipótese.

Perturbação mental – Os participantes que assinalaram perturbação mental manifestaram valores inferiores em todos os resultados, reduz a SM, a QV e aumenta as consequências da dependência de substâncias de forma significativa. Verifica-se valores inferiores face aos que assinalaram doença física.

**Tabela 94 - Resultados funcionais e satisfação com os cuidados face à doença mental**

	Doença mental	N	Média	dp	t test
QV	Não	137	64,64	10,42	3,493*
	Sim	43	57,90	12,84	
CDS	Não	137	61,54	9,91	4,435*
	Sim	43	53,62	11,06	
MHIS	Não	137	19,17	5,09	2,991*
	Sim	43	16,27	6,72	
SUCECS	Não	137	55,78	6,21	1,429
	Sim	43	54,18	7,03	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verificamos que o nº de comorbilidades é significativamente superior nos que têm perturbação mental, com valores superiores aos que assinalaram doença física (tabela 95). Consomem mais substâncias e reconhecem menos importância ao papel dos enfermeiros que os que têm doença física (anexo VIII).

**Tabela 95 - Número de comorbilidades face à doença mental**

	Doença mental	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	137	1,65	,95	-4,348*
	Sim	43	2,40	1,00	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e a presença de uma perturbação mental ( $n=43$ ), verificamos que apenas naqueles que consomem BZD é significativamente superior os que tem perturbação face aos que não tem ( $\chi^2(1)=20,887; p < ,001$ ), 18 sim e 15 não. Não se verificou diferenças nos que consomem heroína, estimulantes, canábis e álcool, embora, entre os que consomem, são mais os que têm perturbação.

Consideramos que os dados relacionados com a perturbação mental concorrem para a hipótese.

HCV – Os participantes que assinalaram serem portadores de HCV manifestaram valores inferiores de QV, e de forma significativa, valores inferiores de SM e de CDS. Assinalaram mais satisfação com os cuidados de enfermagem. Estes dados concorrem para a hipótese (tabela 96).

**Tabela 96 - Resultados funcionais face ao HCV**

	HCV	N	Média	dp	t test
QV	Não	74	64,24	11,11	-1,187
	sim	106	62,19	11,54	
CDS	Não	74	63,59	10,01	4,326*
	sim	106	56,89	10,36	
MHIS	Não	74	20,04	5,32	3,160*
	sim	106	17,39	5,65	
SUCECS	Não	74	55,21	6,28	-,329
	sim	106	55,53	6,56	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Verifica-se que o nº de comorbilidades é significativamente maior nos utentes que integram a amostra portadora de HCV, têm mais dose de metadona diária e significativamente atribuem menos importância aos enfermeiros para o seu estado atual embora com um nível de satisfação com os cuidados, superior aos não portadores. Tendem a ter mais TP e consomem mais substâncias. Os dados concorrem para a hipótese (tabela 97).

**Tabela 97 - Resultados clínicos e da história toxicológica face ao HCV**

	HCV	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	74	1,36	,69	-5,924*
	sim	106	2,15	1,08	
Meses de programa	Não	74	51,57	42,93	-,333
	sim	106	53,75	43,75	
Dose de metadona	Não	74	63,95	34,92	-2,837*
	sim	106	81,31	43,77	
Nº de substâncias consumidas	Não	74	1,05	,99	-1,244
	sim	106	1,25	1,11	
Enfermeiro	Não	74	45,04	21,88	2,037*
	sim	106	38,09	22,92	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e o HCV ( $n=74$ ), verificamos que a maior parte dos que consomem é portadora, embora, nos portadores a maior parte não consuma. Estas diferenças não são estatisticamente significativas. Destaca-se em relação a esta patologia, que 66,6% dos que são portadores consomem álcool, o que é fator de agravamento para a Hepatite C (Marcellin & Laurenceau, 2004).

VIH - Os participantes portadores de VIH assinalaram mais QV, mais SM que os não portadores. Assinalaram menos valor de CDS embora a um nível superior que os portadores de HCV. Estes dados não concorrem para a hipótese e nenhum é estatisticamente significativo (anexo VIII).

Destaca-se de forma significativa maior nº de comorbilidades e dose de metadona mais elevada (frequente nos utentes a tomarem fármacos antirretrovirais). Os portadores reconhecem menos importância aos enfermeiros no seu acompanhamento, o que levanta a questão da adequação das intervenções às necessidades (tabela 98). Estes dados concorrem para a hipótese.

**Tabela 98 - Resultados clínicos e da história toxicológica face ao VIH**

	VIH	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	135	1,64	,93	-4,392*
	sim	45	2,38	1,07	
Meses de programa	Não	135	53,32	43,50	,228
	sim	45	51,47	43,20	
Dose de metadona	Não	135	68,96	33,28	-2,346*
	sim	45	89,82	56,45	
Nº de substâncias consumidas	Não	135	1,16	1,10	-,201
	sim	45	1,20	,96	
Enfermeiro	Não	135	42,13	24,36	1,457
	sim	45	37,42	16,47	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e o VIH (n=45) os dados não concorrem para a hipótese. Face ao consumo de cada substância, é inferior o número de participantes portadores, e nos portadores, é sempre superior o número dos que não consomem. Estas diferenças são estatisticamente significativas apenas para o consumo de BZD ( $\chi^2(1)=6,543; p=,011$ ) evidenciando a percentagem de 42,4% dos que consomem esta substância e são portadores de VIH.

Doença Respiratória – Os participantes com doença respiratória percecionam menor QV, menor SM e manifestam menos Satisfação. A avaliação do CDS é semelhante aos não portadores. Todos estes resultados não são significativos (anexo VIII).

O nº de comorbilidades é superior nos que têm patologia respiratória ( $p<,05$ ), sendo mesmo a patologia mais associada a outras comorbilidades (tabela 99). Estes participantes têm mais TP, menor dose de metadona, consomem menos substâncias. São os que mais reconhecem o papel dos enfermeiros no seu acompanhamento, o que pode revelar maior atenção dos enfermeiros às pessoas com esta sintomatologia física (Anexo VIII).

**Tabela 99 – Resultados clínicos face à doença respiratória**

	doença respiratória	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	159	1,75	1,01	-2,937*
	sim	21	2,43	,87	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e a patologia respiratória (n=21) os dados não concorrem para a hipótese. Face ao consumo de cada substância, é inferior o nº de pessoas com esta patologia, e nos que têm patologia respiratória, é sempre superior o nº dos que não consomem. Estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Sem comorbilidades – Os que não assinalam nenhuma patologia, apresentam valores mais elevados em todos os resultados, o que concorre para a hipótese (tabela 100).

**Tabela 100- Resultados funcionais face à ausência de comorbilidades**

	Comorbilidades	N	Média	dp	t test
QV Soma do valor total	Sim	153	62,35	11,72	-2,452*
	Não	27	66,92	8,34	
CDS Soma do valor total	Sim	153	58,33	10,39	-4,071*
	Não	27	67,07	9,59	
MHI5 Soma do valor total	Sim	153	17,86	5,67	-3,576*
	Não	27	21,96	4,18	
SUCECS Soma do valor total	Sim	153	55,03	6,46	-1,864
	Não	27	57,51	5,89	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto à associação entre o consumo de determinadas substâncias e a ausência de comorbilidades (n=27) os dados concorrem parcialmente para a hipótese pois a maioria dos utentes que têm comorbilidades, não consome, mas dos que consomem, a maioria tem comorbilidades. Em relação às BZD verifica-se diferenças significativas. Dos que consomem (n=33) apenas 1 não tem doença e dos que não têm doença (n=27) apenas 1 consome ( $\chi^2(1)=4,541; p=,033$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.13 – Ao início de consumos mais precoce correspondem menores resultados

Quanto ao início precoce de consumos verificamos que a idade mínima referida foi aos 9 anos, a média foi 18,29 e a moda 16 anos. Verifica-se que 60,5% dos utentes iniciou consumo de pelo menos uma substância antes dos 20 anos. Estes dados reforçam a necessidade das estratégias de prevenção e claramente a identificação da adolescência como a etapa de maior risco para o início abusivo de substâncias.

Verificamos uma fraca correlação entre o início de consumos mais tardio e maior valor de CDS ( $p>,05$ ). Estes dados concorrem parcialmente para a hipótese (anexo VIII).

Quando mais precoce o início de consumos, mais policonsumo e mais anos de consumo foram assinalados ( $p<,01$ ). Quanto mais precoce o início dos consumos, menos tempo nestes programas e mais reentradas ( $p>,05$ ). Estes dados concorrem para a hipótese (tabela 101) pois apontam mais instabilidade para quem inicia consumos mais precoces.

**Tabela 101 - relação entre os resultados clínicos e da história toxicológica face à idade de início de consumos**

	Nº de substâncias consumidas	Nº de comorbilidades por pessoa	Anos de consumo	Meses de programa	nº de entradas
Idade 1º uso	-,247**	,023	-,344**	,113	-,145

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

A média de idades, com que iniciaram os consumos de qualquer substância, é superior naqueles que hoje não consomem (anexo VIII). A única comparação estatisticamente significativa é em relação à cannabis, o que reforça a ideia que consumos precoces associam-se com outras substâncias nas idades mais avançadas (tabela 102).

**Tabela 102 - Idade de início de consumos face ao consumo atual de cannabis**

		n	Média	dp	T test
Idade de 1º uso	C/ cannabis	52	15,63	2,94	4,290*
	S/ cannabis	128	19,38	5,99	

g=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

#### H 5.14 – A mais anos de consumo correspondem menores resultados

Quanto a relação entre os anos de consumo e os resultados funcionais, verificamos que os dados apontam para a confirmação da hipótese, embora as correlações sejam fracas ou quase inexistentes e não sejam estatisticamente significativas.

As relações entre mais anos de consumo, com uma idade mais precoce de início de consumos e o consumo de mais substâncias, são estatisticamente significativas, o que concorre para a hipótese (tabela 103)

**Tabela 103 - Relação entre os resultados clínicos e da história toxicológica face aos anos de consumo**

	Idade 1º uso	Nº de substâncias consumidas	Nº de comorbilidades por pessoa	Meses de programa	nº de entradas
Anos de consumo	-,344**	,234*	,048	,036	,098

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

Verificamos mais anos de consumo para aqueles que permanecem atualmente a consumir (anexo VIII), embora estatisticamente significativo, apenas para as BZD (tabela 104). Estes dados concorrem para a hipótese.

**Tabela 104 - Anos de consumo face ao consumo de BZD**

		n	Média	dp	t test
Anos de consumo	C BZD	33	19,42	8,67	-2,225*
	S/ BZD	147	16,20	7,25	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

#### H 5.15 – A mais tempo de programa correspondem melhores resultados

Verificamos uma relação positiva entre o tempo de programa e os resultados funcionais o que aponta para a confirmação da hipótese. Não se verifica relação entre o TP e a satisfação com os cuidados (tabela 105). Destaca-se que a manutenção nos programas tem uma correlação moderada e significativa para melhor valor de CDS.

**Tabela 105 - Relação dos resultados funcionais face ao tempo de programa**

		QV	CDS	MHI5	SUCECS
Tempo de programa	r	,106	,225*	,124	-,054

\*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

O TP relaciona-se significativamente com menor nº de entradas, o que concorre para a hipótese (tabela 106). Os outros dados apontam para menos substâncias consumidas.

Tabela 106 - Resultados clínicos e da história toxicológica face ao TP

	Idade 1º uso	Nº de substâncias consumidas	Nº de comorbilidades por pessoa	Anos de consumo	nº de entradas
Meses de programa	,113	-,144	-,010	,036	-,158

\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto aos consumos, verifica-se que o TP é sempre superior nos que não consomem as substâncias em questão, mais significativamente em relação aos consumos de heroína (dado estritamente relacionado com as regras deste tipo de programas, que têm como orientação principal a abstinência de opiáceos) e de estimulantes. O TP surge aqui como um fator protetor e os dados concorrem para a hipótese (tabela 107).

Tabela 107 – Tempo de programa face à presença de consumos

		n	Média	dp	t test
Tempo de programa	C/ heroína	25	35,04	35,21	2,241*
	S/ heroína	155	55,73	43,90	
	C/ estimulantes	46	41,72	32,93	2,039*
	S/estimulantes	134	56,68	45,82	
	C/ cannabis	52	46,13	39,06	1,330
	S/ cannabis	128	55,59	44,78	
	C/ álcool	55	52,62	42,52	,049
	S/ álcool	125	52,96	43,82	
	C BZD	33	56,85	47,15	-,585
	S/ BZD	147	51,96	42,52	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.16 – Mais entradas no programa corresponde a menores resultados

Quanto ao número de entradas verificamos que quanto mais vezes os utentes saem, são excluídos, ou abandonam os programas, piores são os resultados. Os dados são significativos e confirmam a hipótese (tabela 108).

Tabela 108 - Relação entre o tempo de programa e os resultados funcionais

Nº de entradas	r	QV	CDS	MHI5	SUCECS
		-,159*	-,273**	-,212**	-,220**

n=180, \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ), \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

O nº de entradas relaciona-se negativamente com a idade de 1º uso ou seja, quanto mais novo inicia consumos, tende a permanecer nos programas de forma mais irregular. Quanto maior irregularidade em termos de número de entradas, mais comorbilidades e tem significativamente menos tempo de programa (tabela 109). Outros dados apontam para mais substâncias consumidas. Estes dados concorrem para a hipótese.

**Tabela 109 - Relação entre resultados clínicos e da história toxicológica face ao número de entradas**

	Idade 1º uso	Nº de substâncias consumidas	Nº de comorbilidades por pessoa	Anos de consumo	Meses de programa
nº de entradas	-,145	,109	,132	,098	-,158

n=180, \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Na comparação de médias do nº de entradas face aos consumos atuais, verifica-se que o nº de entradas é sempre superior nos que consomem as substâncias em questão, embora nenhuma diferença seja estatisticamente significativa. Maior estabilidade nos programas surge como um fator protetor. Os dados concorrem para a hipótese.

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

### H 5.17 – A dose de metadona tem relações significativas com os resultados

Verificamos que maiores doses de metadona estão associadas a menor SM e menor CDS ( $p < ,01$ ). Estes dados podem ser analisados na perspetiva clínica da necessidade de aumentar a dose aos dependentes que revelem menor SM e mais consequências da dependência de substâncias (Faggiano, Vigna-Taglianti, & al., 2008). Estes dados concorrem para a hipótese (tabela 110).

**Tabela 110 - Relação dos resultados funcionais face à dose de metadona**

Dose de metadona	r	QV	CDS	MHI5	SUCECS
		-,048	-,244**	-,129	,046

n=180, \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ).

A dose de metadona correlaciona-se de forma positiva e significativa com o nº de comorbilidades, com os anos de consumo, com o nº de entradas e o nº de substâncias consumidas. Todas estas correlações com significado e justificação clínica (EMCDDA, 2008; Ontario., 2009). Estes dados concorrem para a hipótese (tabela 111).

**Tabela 111 - Relação entre os resultados clínicos e da história toxicológica face à dose de metadona**

Dose de metadona	r	Nº de comorbilidades por pessoa	Idade 1º uso	Anos de consumo	Meses de programa	nº de entradas	Nº de substâncias consumidas
		,217**	-,130	,172	-,137	,146	,182

n=180, \*\*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,001$  ( $p \leq 0,001$ ), \*Correlação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

A dose de metadona é sempre superior nos participantes que assinalaram consumos de qualquer substância (anexo X), embora, apenas em relação às BZD a diferença seja estatisticamente significativa (tabela 112). Na perspetiva clínica, o aumento da dose utiliza-se como resposta à instabilidade provocada pelos consumos. Assim, os resultados concorrem para a hipótese.

Tabela 112 - Dose de metadona face aos consumos de BZD

Dose de metadona		n	Média	dp	t test
	C BZD	33	93,63	59,54	-2,216*
	S/ BZD	147	69,80	34,58	

gl=178, \*Comparação com um grau de significância  $\leq 0,05$  ( $p \leq 0,05$ ).

Ponderando todos estes dados, principalmente, os estatisticamente significativos, consideramos que os dados **confirmam a hipótese**.

Tabela 113 - Ponderação final das sub hipóteses da H5

Sub-hipóteses	Confirmação
5.1 Idade/Resultados	Parcialmente
5.2 Género/Resultados	Parcialmente
5.3 Relação conjugal/Resultados	Parcialmente
5.4 Filhos/Resultados	Parcialmente
5.5 Habilitações/Resultados	Confirma
5.6 Situação laboral/Resultados	Confirma
5.7 Rendimentos/Resultados	Confirma
5.8 Profissão/Resultados	Parcialmente
5.9 Consumo de substâncias/Resultados	Confirma
5.10 Policonsumo/Resultados	Confirma
5.11 Consumos IV/Resultados	Confirma
5.12 Comorbilidades/Resultados	Confirma
5.13 Idade de início de consumos/Resultados	Confirma
5.14 Anos de consumo/Resultados	Confirma
5.15 Tempo de programa/Resultados	Confirma
5.16 Mais Reentradas/Resultados	Confirma
5.17 Dose de metadona/Resultados	Confirma
<b>H5</b>	<b>CONFIRMADA</b>

Sublinhadas – As hipóteses estatisticamente significativas. Dada a complexidade das sub hipóteses não nos é possível a apresentação de um único teste estatístico.

### Hipótese 6

Na formulação da **hipótese 6**, admitimos que mais consequências da dependência de substância correspondem a menor perceção de qualidade de vida. Verificamos uma relação moderada, estatisticamente significativa, entre estas variáveis (tabela 47). Quanto maior o impacto das consequências da dependência de substâncias (menor valor) menor é a perceção da qualidade de vida ( $r=,485$ ;  $p < 0,01$ ). E nas equipas, correlação maior na equipa B ( $r=,574$ ;  $p < ,01$ ) e menor na equipa A ( $r=,392$ ;  $p < ,01$ ). **Confirma a hipótese**.

Utilizando o modelo de regressão linear ajustado, podemos afirmar que 23,1% ( $R^2$ ) da variabilidade da QV é explicada pela variabilidade das consequências da dependência de substâncias ( $F=54,781$ ;  $gl=179$ ;  $p < ,01$ ).

### Hipótese 7

Na formulação da hipótese 7, admitimos que menor saúde mental corresponde a uma menor percepção qualidade de vida. Verificamos uma relação moderada, estatisticamente significativa (tabela 47), entre estas variáveis ( $r=,382;p<,01$ ). Esta correlação assume o mesmo sentido em todas as equipas. Destaca-se que é a correlação menor entre estes três resultados. A equipa A apresenta a menor correlação  $r=,329$ . É maior na equipa B. **Confirma a hipótese.**

Utilizando o modelo de regressão linear ajustado, podemos afirmar que 14,5% ( $R^2$ ) da variabilidade da QV é explicada pela variabilidade da SM ( $F=30,320$ ;  $gl=179$ ;  $p<,01$ ).

### Hipótese 8

Na formulação da hipótese 8, admitimos que pior saúde mental corresponde a maiores consequências da dependência de substâncias. Verificamos uma relação forte, estatisticamente significativa (tabela 47), entre estas variáveis ( $r=,553$ ;  $p<,01$ ). Correlação maior na equipa C  $r=,603$  e menor na equipa A  $r=,539$ . **Confirma a hipótese.**

Utilizando o modelo de regressão linear ajustado, podemos afirmar que 30,2% ( $R^2$ ) da variabilidade da SM é explicada pela variabilidade das consequências da dependência de substâncias ( $F=78,473$ ;  $gl=179$ ;  $p<,01$ ).

Finalizando, nos testes às hipóteses, conclui-se que das 8 hipóteses, **nenhuma foi infirmada**, o que pode ser interpretado como uma confirmação da relação entre dimensões, anteriormente evidenciadas e aponta, para um reforço da relação entre a dimensão estrutural dos utentes com o resultado (H5).

**Tabela 114 - Resultado final do teste às hipóteses**

H1	Confirmada parcialmente
H2	Confirmada
H3	Confirmada parcialmente
H4	Confirmada
H5	Confirmada
H6	Confirmada
H7	Confirmada
H8	Confirmada

## **4 – A SENSIBILIDADE DOS RESULTADOS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

O modelo da Efetividade do Papel de Enfermagem (Figura 1) colocava a hipótese de relações significativas entre as variáveis estruturais com as variáveis de processo e entre as variáveis de processo com as variáveis de resultado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

Outros estudos, realizados com esta matriz, aprofundaram e desenvolveram estas relações, apontando relações significativas entre as variáveis estruturais dos enfermeiros e das unidades com as variáveis de processo e deste com as variáveis de resultado (Doran D. I., 2002; Doran, et al., 2006; Kilpatrick, Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013).

### **4.1 – A relação entre variáveis de estrutura, processo e resultado**

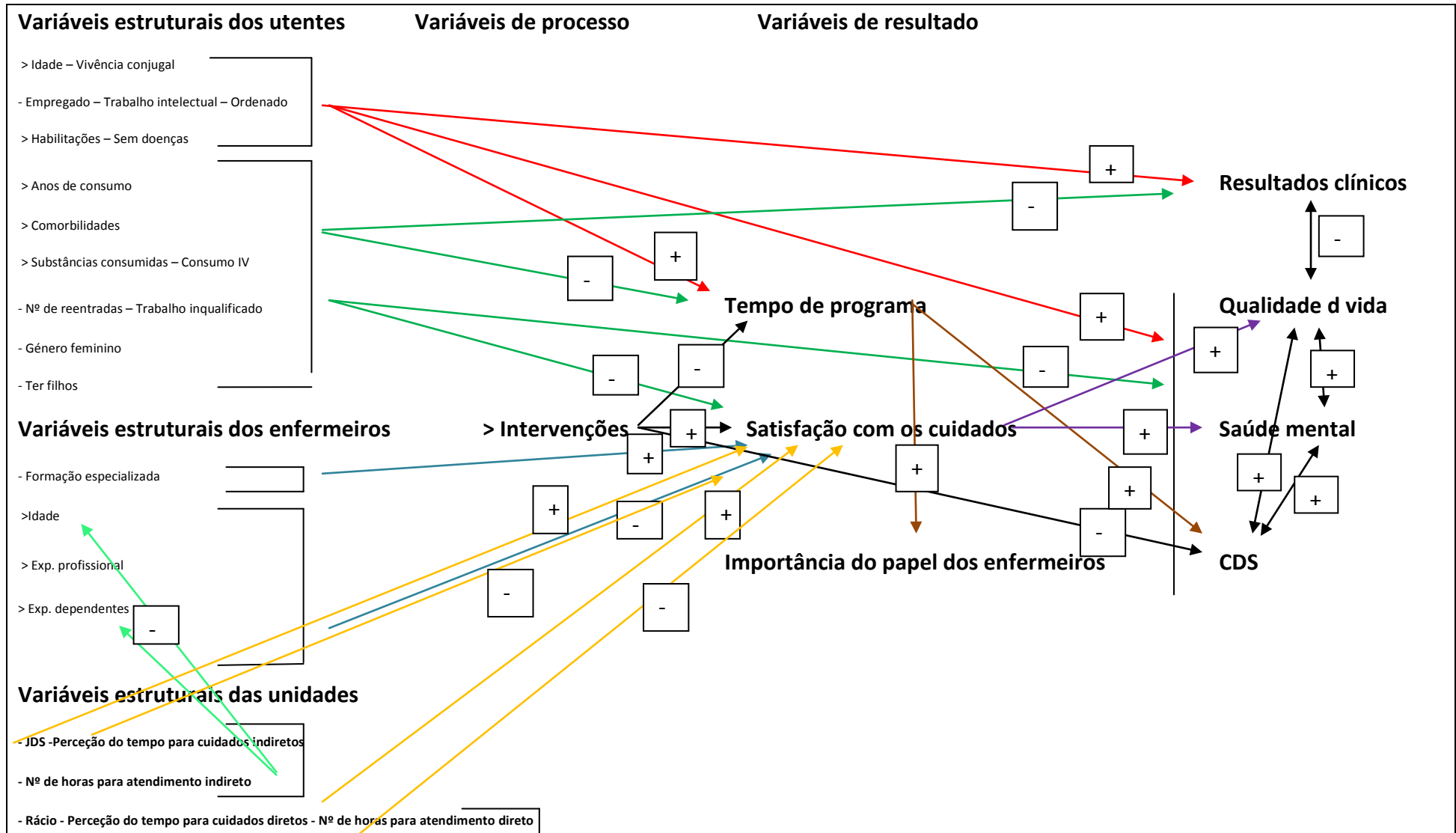
Após a clarificação das variáveis com relações estatisticamente significativas e o valor da correlação em termos da sua intensidade e direção (Marôco, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013), importa analisar se a nossa investigação confirma as proposições originais ou se os dados nos apontam novas proposições que possibilitem uma nova matriz. Representamos os nossos dados na figura 5.

Esta investigação, que se desenvolveu sob a matriz do modelo de efetividade do papel de enfermagem, confirma quase todas as proposições que o modelo assumiu na sua criação e confirmadas em estudos posteriores (Doran D. I., 2002). A proposição número 2, que coloca a hipótese que maior tempo de experiência a trabalhar num determinado serviço se relacionava positivamente com a qualidade dos cuidados prestados, não se comprovou. No nosso estudo nas unidades onde os enfermeiros apresentaram mais experiência a trabalhar com dependentes, os utentes manifestaram menos satisfação com os cuidados de enfermagem.

A proposição 11 não foi testada pois, não era foco deste estudo a análise da articulação interprofissional na gestão de cuidados.



Figura 5 - Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem. Relações significativas



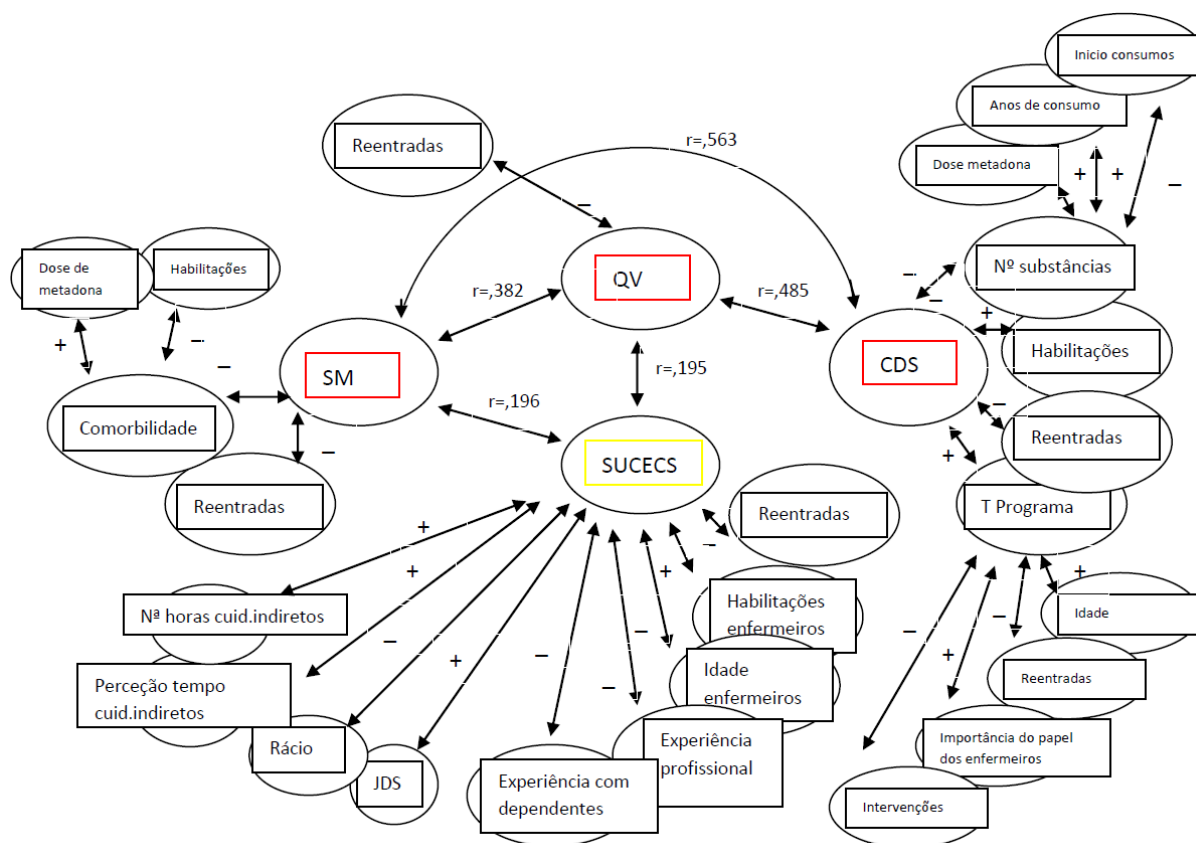


A orientação formal do modelo (Irvine, Sidani, & Hall, 1998; Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) que nos conduz na determinação do papel dos enfermeiros e a relação deste com os resultados obtidos pelas pessoas, permite especificar se os resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem. A efetividade, enquanto interpretação do real no momento escolhido, traduz a relação entre as variáveis estruturais, as intervenções, e os resultados. Os resultados aprofundados neste trabalho podem igualmente ser vistos como indicadores empíricos a serem monitorizados (tal como as variáveis estruturais dos utentes, dos enfermeiros, das unidades e as variáveis de processo).

Consideramos resultados sensíveis os que de forma clara, se relacionam, são influenciados e o seu estado atual depende das intervenções realizadas (Moorhead, Johnson, & Maas, 2008). Assim, podemos considerar que os resultados funcionais estudados (QV, CDS, SM) **são sensíveis aos cuidados de enfermagem**, pela sua relação com os indicadores de processo (Intervenções), pela sua relação com os indicadores que monitorizam diretamente o processo de cuidados (satisfação com os cuidados, tempo de programa e importância atribuída ao papel dos enfermeiros) e pela relação entre as características dos enfermeiros e das unidades com as variáveis de processo. Esta afirmação pressupõe o conjunto de todas as relações encontradas entre variáveis pois, a análise dos dados, é condicionada pela reduzida amostra dos participantes enfermeiros. Mesmo quando estatisticamente significativos, os testes de hipóteses revelaram uma potência reduzida, devendo ser interpretados com ponderação.

As variáveis dos utentes, incluídas na próxima análise (figura 6), são apenas as contínuas (que facilitem a correlação) e cada uma delas relaciona-se com a natureza dos cuidados de enfermagem (ex: comorbilidades, anos de consumo). Foi possível representá-las graficamente e verificar o ajuste do modelo através do Modelo de Equações Estruturais (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Marôco, 2010).

Figura 6 - Resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem



Legenda: Relações exteriores (relações entre variáveis estruturais e as variáveis dependentes) representadas com + (correlação positiva) e - (correlação negativa). Correlações entre variáveis dependentes representadas com valores de correlação de Pearson. Todas as correlações estatisticamente significativas.

## 4.2 - O Modelo de Equações Estruturais

O Modelo de Equações Estruturais permite apurar se as proposições dos modelos teóricos se confirmam com os dados apresentados, verificando o ajuste dos mesmos (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Marôco, 2010)

O modelo que procuramos testar, para aprofundar a efetividade dos cuidados de enfermagem, ou seja, a demonstração que os resultados obtidos pelas pessoas são sensíveis aos cuidados de enfermagem, foi construído com base no modelo de Irvine (1998). O seu ajustamento foi testado através do modelo de equações estruturais, muito utilizado para testar modelos de relação entre diferentes variáveis de âmbito clínico e teórico (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Borrego, Leitão, Alves, Silva, & Palmi, 2010; De Santis, Arcia, Vermeesch, & Gattamorta, 2011; Vellone, et al., 2013; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Após testarmos várias hipóteses para o ajuste dos dados, tendo em conta as proposições do modelo e as hipóteses confirmadas da nossa investigação, o modelo que apresentamos foi o que

apresentou melhor ajuste dos dados e que **comprova a relação entre o papel dos enfermeiros e os resultados obtidos pelas pessoas (variáveis latentes)**.

A utilização do Modelo de Equações Estruturais entre duas variáveis latentes “Papel dos enfermeiros” e “Resultados funcionais e clínicos” (Marôco, 2010) foi o mais próximo que conseguimos da representação do modelo original (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), e sugere ser uma simplificação do fenómeno real (Marôco, 2010), integrando na primeira, variáveis observadas de estrutura e processo, e na segunda, variáveis observadas de resultado e estrutura dos utentes.

Na variável “papel do enfermeiro” incluímos as variáveis satisfação com os cuidados de enfermagem, valor atribuído ao papel do enfermeiro, tempo de programa, número de intervenções sistemáticas e perceções das condições do trabalho (variáveis observáveis). O papel do enfermeiro surge aqui como uma “variável latente” composta por “variáveis observáveis” e não assume a mesma definição conceptual de “papel”, do modelo de Irvine (1998), que associa esta designação à tipologia das intervenções dos enfermeiros (autónomas e interdependentes).

Na variável “resultados funcionais e clínicos” incluímos: QV, CDS, SM, nº de comorbilidades e nº de substâncias consumidas (variáveis observáveis).

Considere-se que a opção final de inclusão destas variáveis e de não excluir mais nenhuma, teve como objetivo não alterar consideravelmente a estimativa e significância dos parâmetros do modelo (Marôco, 2010). A possibilidade de introduzir variáveis semelhantes ao estudo original das autoras não foi sequer equacionada, justificado pelo nosso contexto de estudo.

Verificamos que o valor corrigido do  $\chi^2$   $82,51/(34)=2,426$ ;  $p<,01$  é significativo para  $p \leq 0,01$ , sugerindo um fraco ajuste. No entanto, a elevada sensibilidade deste teste de ajustamento à dimensão da amostra e a valores limites (outliers) é bem conhecida. Existe uma grande possibilidade que o Qui-quadrado seja significativo mesmo quando o modelo apresenta um bom ajustamento aos dados (Kahn, 2006). Utilizamos então outros índices que não são contaminados pela dimensão da amostra (ex. CFI). O valor do rácio  $\chi^2/df=2,426$  é inferior a cinco. Já os valores superiores a cinco são considerados inaceitáveis, mas inferiores a 5 são considerados como tendo um ajustamento aceitável (Wheaton, 1987; Arbuckle, 2008; Marôco, 2010). Considera-se que quanto mais próximo de zero for o valor do índice de qualidade de ajustamento ( $\chi^2/df$ ), melhor ajuste, sendo menos de dois, indicador de forte ajustamento dos dados ao modelo testado (Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013)

Quase todas as medidas de ajustamento que costumam ser usadas revelam valores aceitáveis, sendo o ajustamento muito bom (NFI e CFI, RFI) ou bom (GFI). Apenas um dos índices de parcimónia (PGFI) é que revelou valores abaixo do que é recomendado (recomendado > 0,6) contudo 2 deles apresentaram valores aceitáveis (PCFI e PNFI). A medida estatística RMSEA revelou igualmente um valor que suporta o ajustamento do modelo (quadro 9).

Para a obtenção deste modelo foi necessário eliminar todas as trajetórias estatisticamente não significativas, com diferentes variáveis, por se verificar que não havia perda da qualidade do ajustamento (Marôco, 2010).

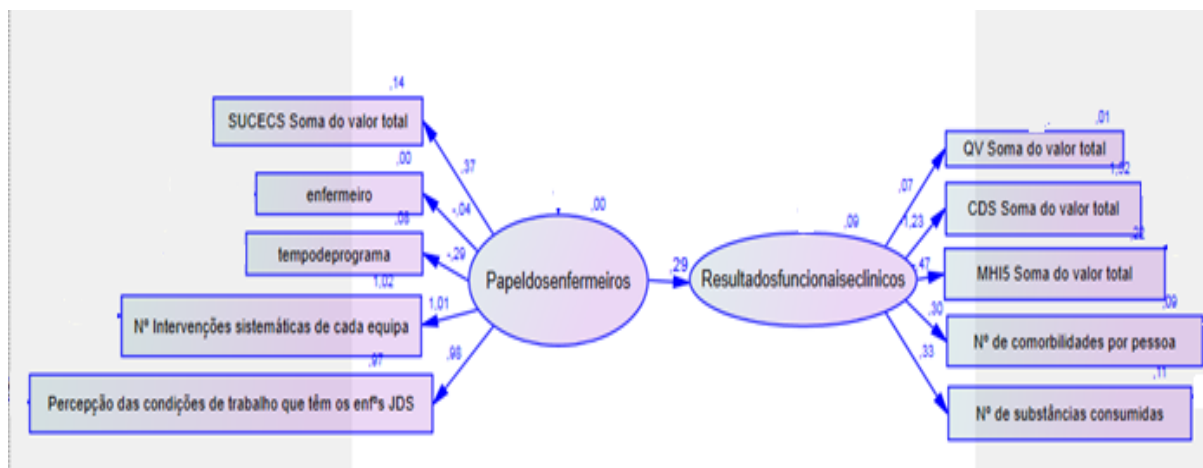
**Quadro 9- Valores encontrados e de referência do Modelo de Equações Estruturais**

	Valores encontrados com o modelo testado	Valores de Referência
$\chi^2/df$	2,426	< 5 ajustamento aceitável
GFI	0,917	< 0,9 – Ajustamento mau <b>[0,9, 0,95] – Ajustamento Bom</b> > 0,95 - Ajustamento muito bom
NFI	0,927	< 0,8 – Ajustamento mau [0,8, 0,9] – Ajustamento aceitável <b>&gt; 0,9 -Ajustamento muito bom</b>
CFI	0,955	
RFI	0,903	
PCFI	0,722	<b>&gt; 0,6 aceitável</b>
PGFI	0,567	>1,10 – Inaceitável <b>[0,05; 1,10] – Ajustamento aceitável</b> $\leq 0,05$ -Ajustamento muito bom
PNFI	0,700	
RMSEA	0,089	

$\chi^2/df$ = testa a diferença entre o modelo em hipótese e os dados apresentados; GFI= Proporção da covariância observada explicada pelo modelo ajustado; NFI= Qualidade de ajustamento relativo ao modelo de independência; CFI= Compara o ajustamento do modelo em estudo como modelo de independência; RFI= Compara o ajustamento do modelo em função do  $X^2$  normalizado pelos graus de liberdade em estudo e com o modelo de independência; Índices de parcimónia são os índices de ajustamento relativos/g; RMSEA= mede os erros de aproximação que estima como o ajustamento do modelo se aproxima da matriz de covariância por graus de liberdade

Concluindo, consideramos que o modelo é ajustado (figura 7).

**Figura 7- Modelo de ajustamento dos dados entre papel do enfermeiro e resultados sensíveis**



---

Sabendo que o modelo de equações estruturais não prova causa efeito, mas que comprova covariâncias e ajuste do modelo, podemos interpretar se estão ou não reunidas condições de causalidade.

O efeito direto do papel do enfermeiro nos resultados obtidos é de -3,91 ou seja, por cada desvio padrão do papel do enfermeiro os resultados variam -3,91 desvios-padrões em efeito direto. Esta variação negativa, mas significativa, deve ser interpretada não como uma relação negativa pois na variável latente “resultados”, encontram-se alguns dados em que a sua melhoria clínica face aos cuidados de enfermagem, implica uma redução dos valores (nº de comorbilidades e nº de substâncias consumidas).

Em síntese, a variável latente “Papel do enfermeiro” justifica 29% da variação da variável “Resultados clínicos e funcionais” (valor de regressão linear).

## **5 – SÍNTESE DE RESULTADOS**

Previamente à discussão e, após a análise de todas as variáveis e das relações estatisticamente significativas entre elas, tornou-se necessário agregar e denominar diferentes grupos de variáveis. Esta agregação pretende facilitar a esquematização gráfica visualmente interpretável dos dados encontrados e, centrar a discussão em alguns destes grupos de variáveis. Esta agregação pode, segundo alguns autores, ser designada por variáveis latentes (Marôco, 2010; De Santis, Arcia, Vermeesch, & Gattamorta, 2011). Apresenta-se uma agregação de variáveis (ou a expressão de parte de uma variável) já com a sua expressão mais significativa em termos estatísticos.

### **Variáveis estruturais – Utentes**

Variáveis sociodemográficas (6) - Idade; relação de natureza conjugal; melhores habilitações escolares; profissão do domínio do trabalho intelectual; emprego; ordenado como fonte de rendimento.

Variáveis de género e parentalidade (2) – Género feminino; filhos.

Variáveis da história toxicológica (6) – Mais anos de consumo, menor idade de início de consumos, comorbilidades (doença física, perturbação mental, doença respiratória, VIH, HCV), trabalho não qualificado, consumo de substâncias (heroína, estimulantes, cannabis e BZD), maior número de reentradas no programa de metadona.

### **Variáveis estruturais – Enfermeiros**

Variáveis socioprofissionais (4) – Formação especializada, idade, experiência profissional, experiência com dependentes.

### **Variáveis estruturais – Unidades**

Variáveis das condições de trabalho (4) – Condições do trabalho (JDS), menor rácio enfermeiro/utente, perceção de mais tempo disponível para cuidados indiretos, maior número de horas para cuidados indiretos.

Variáveis de funcionamento das unidades (2) – Maior número de horas de atendimento para cuidados diretos, perceção de mais tempo para cuidados diretos.

### **Variáveis de processo**

Cuidados de Enfermagem (1) – Intervenções sistemáticas por equipa.

## Variáveis de resultado

Variáveis de monitorização das intervenções autónomas e interdependentes (3) – O Tempo de programa, satisfação com os cuidados de enfermagem, importância do papel dos enfermeiros.

Variáveis de resultados clínicos (5) – Comorbilidades, nº de substâncias consumidas, consumo de substâncias, dose de metadona, consumos IV.

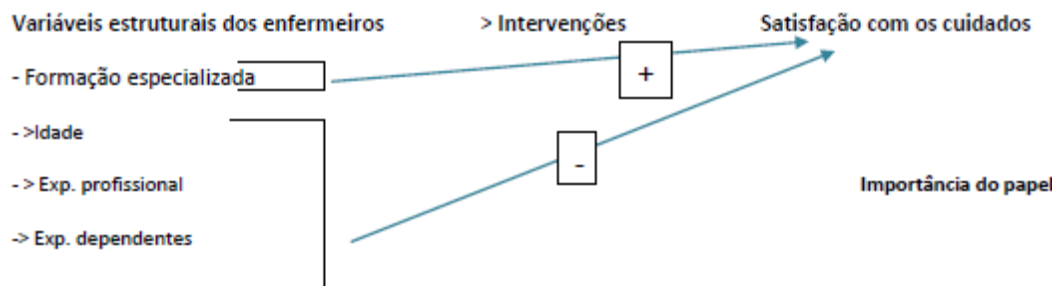
Variáveis de resultados funcionais (3) – Qualidade de vida, consequências da dependência de substâncias, saúde mental.

Estas variáveis latentes, que se relacionam entre si, são representativas das três dimensões da qualidade dos cuidados (estrutura, processo e resultado). Neste estudo, esta relação, foi representada na forma de hipóteses, que foram confirmadas através de relações que demonstraram ser estatisticamente significativas. Numa dimensão mais compreensiva dos dados, nomeadamente pela associação de relações entre diferentes variáveis, reforçamos a consideração da validação das hipóteses.

Em relação à hipótese 1, verificamos que algumas das sub hipóteses não foram confirmadas, mas ponderando todas as análises, consideramos que **existem relações significativas entre as variáveis estruturais dos enfermeiros e as variáveis de processo**, confirmado parcialmente a hipótese (figura 8). A formação especializada foi a única variável dos enfermeiros que significativamente se associa a maior satisfação com os cuidados. Mais idade, mais experiência profissional e mais experiência específica de trabalhar com pessoas dependentes, estão significativamente associadas a menor satisfação com os cuidados de enfermagem.

Mais formação está associada a mais intervenções realizadas pelos enfermeiros e de sentido contrário, a idade, a experiência profissional e a experiência com pessoas dependentes, estão associadas a menos intervenções específicas realizadas ( $p > ,05$ ), o que contraria outros estudos em que maior experiência se associa a intervenções mais direcionadas (Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Ontario., 2009; Lopes J. , 2012).

Figura 8- Relação entre as variáveis estruturais dos enfermeiros com as variáveis de processo

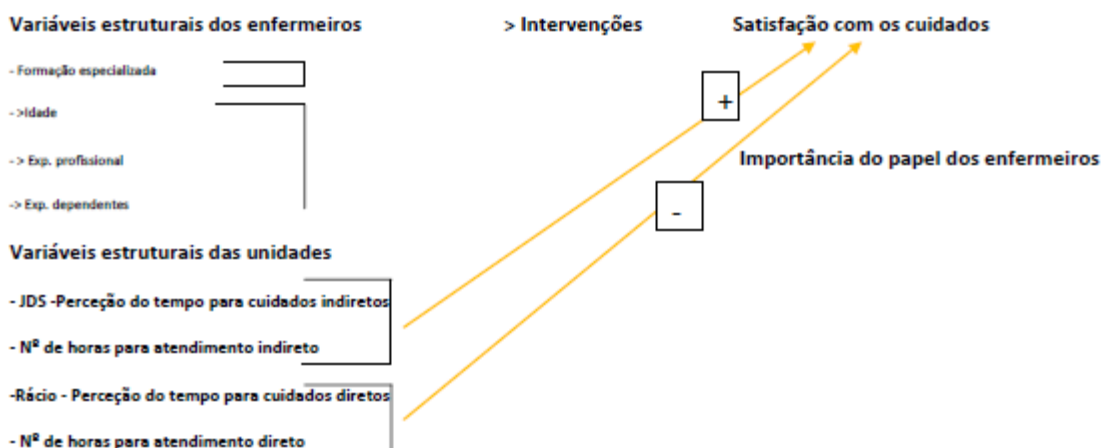


Legenda: + Variável com valor positivo na comparação; – Variáveis com sentido negativo na comparação

Em relação à hipótese 2, verificamos que algumas das sub hipóteses não se confirmaram, mas numa perspetiva geral **existem relações significativas entre as variáveis estruturais das unidades e as variáveis de processo**, confirmando a hipótese (figura 9).

Os dados apontam para que uma melhor perceção do tempo disponível para os cuidados diretos, mais horas de atendimento e um maior rácio enfermeiro / utente são associados a menos intervenções realizadas pelos enfermeiros. Contrariamente, uma melhor perceção do tempo para os cuidados indiretos, mais horas de cuidados indiretos e melhor perceção das condições do trabalho, estão associados a mais intervenções realizadas pelos enfermeiros, o que se manifesta depois em maior satisfação com os cuidados. Estes dados confirmam a relevância das condições do trabalho e a sua relação com a satisfação e com o número de intervenções realizadas (Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Figura 9 - Relação entre as variáveis estruturais e as variáveis de processo



Legenda: + Variável com sentido positivo na comparação; – Variáveis com sentido negativo na comparação

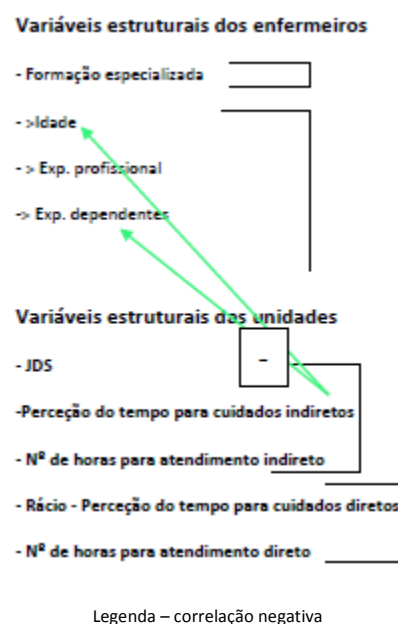
Em relação à hipótese 3 verificamos que há **relações significativas entre as variáveis estruturais das unidades com as dos enfermeiros**, apesar de algumas das sub hipóteses não se confirmarem, confirmado parcialmente a hipótese (figura 10).

Quanto mais idade e experiência com pessoas dependentes de drogas, mais os enfermeiros manifestam que o tempo que têm para prestar cuidados indiretos é inadequado. A equipa C onde os enfermeiros têm mais idade, mais experiência com utentes dependentes, apresenta-se nesta análise como a que assinala menores condições de trabalho, maior rácio enf<sup>o</sup>/utente e mais tempo de atendimento dos utentes, o que pode justificar menor perceção de horas para planear cuidados.

No nosso estudo a perceção do tempo para prestar cuidados é de 1,74 (escala de 1-4), inferior a 1,8 de outro estudo em que os enfermeiros apresentam significativamente menos tempo de experiência (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002) e menos idade. O que parece concorrer para uma melhor perceção das condições do trabalho é a maior diferenciação pela via da formação (especialidade em enfermagem) que poderá fornecer instrumentos para superar as dificuldades encontradas pelos enfermeiros mais experientes.

Já em relação a maior formação dos enfermeiros, ela está associada a menor perceção do tempo disponível para cuidados diretos, tal como já estava em relação aos cuidados indiretos. Estes dados apontam para a importância da formação pós graduada como fator para o desenvolvimento de mais e diferenciadas práticas (podendo assinalar menor perceção do tempo disponível) e reforçam a formação como vetor importante para a satisfação dos utentes.

**Figura 10 - Relação entre as variáveis estruturais das unidades com as variáveis estruturais dos enfermeiros**



Em relação à hipótese 4, verificamos que **há relações significativas entre as variáveis de processo e as variáveis de resultado**, nenhuma das sub hipóteses foi infirmada, o que confirma a hipótese (figura 11).

Verificamos que quando a equipa assinala maior nº de intervenções como um padrão da sua prestação de cuidados (intervenções sistemáticas), associa-se significativamente mais satisfação com os cuidados (unidade A). Por outro lado, verificamos que os enfermeiros assumem uma resposta às necessidades dos doentes, pois afirmam mais intervenções realizadas de forma sistemática, onde os utentes assinalam menos TP e menor valor de CDS ou seja, onde o impacto das consequências é maior (equipa A).

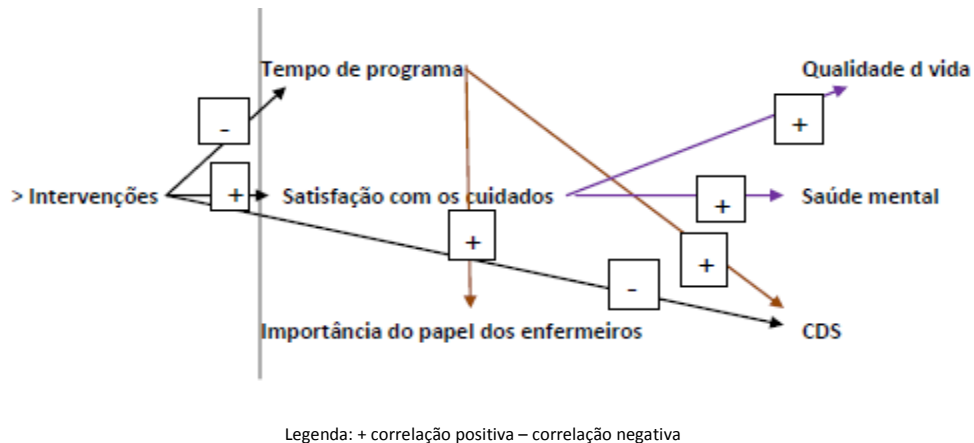
Quanto ao TP, se este for maior, mais importância os utentes atribuem aos enfermeiros (que no entanto não se relaciona com mais intervenções sistemáticas, nem com mais satisfação). No entanto, é relevante que com mais TP os doentes apresentam, menos consequências da dependência de substâncias (consomem menos heroína e estimulantes). A unidade onde os participantes-utentes consideram que os enfermeiros mais contribuem para o seu estado atual, é a B (47,75%). Menor percentagem, na unidade A, onde a equipa de enfermagem tem a menor média de idades, a influência do papel do médico para o estado dos utentes é maior, onde há mais participação das TSSS e onde os doentes têm menos tempo de programa ( $p < ,05$ ).

O tempo de atendimento ou seja, a acessibilidade aos cuidados de enfermagem, surge como um fator determinante para o reconhecimento do papel dos enfermeiros. Na unidade B que disponibiliza mais horas de atendimento mas onde os enfermeiros percecionam menor adequação de tempo para os cuidados diretos, encontramos os utentes a atribuir mais percentagem ao papel dos enfermeiros para o seu estado atual. Na unidade A que disponibiliza menos tempo, é onde os utentes atribuem menos percentagem.

Verificamos uma relação positiva entre mais satisfação com os cuidados, melhor QV e melhor SM. Os dados apontam ainda de forma menos significativa, que mais Satisfação está associada a maior CDS, menos TP, mais importância atribuída aos enfermeiros, menos comorbilidades.

No que se refere aos consumos de substâncias, verificamos que mais TP e mais satisfação estão associados a menos substâncias consumidas. Os que têm mais TP consomem menos heroína e menos estimulantes, mas mais benzodiazepinas. Os que têm mais satisfação consomem mais álcool e mais cannabis (claramente um padrão de policonsumo mais aceiteado pelas regras dos programas). No mesmo sentido, está associado a mais intervenções, maior consumo de álcool e cannabis e menor consumo de benzodiazepinas. O consumo de benzodiazepinas está também mais associado a menor importância atribuída ao papel dos enfermeiros (anexo X).

Figura 11 - Relação entre variáveis de processo e variáveis de resultado



Em relação à hipótese 5, verificamos que há **relações significativas entre as variáveis estruturais dos utentes e as variáveis de resultado**, nenhuma das sub hipóteses foi infirmada, o que confirma a hipótese (figura 12).

Ao analisar a natureza de algumas variáveis de estrutura dos utentes, essencialmente relacionadas com aspetos clínicos, nomeadamente consumos e comorbilidades, verificamos que são condições que à partida determinam resultados mas são simultaneamente resultados a serem avaliados face a um comportamento. A perspetiva de detalharmos a análise dos dados referentes aos resultados levou a que colocássemos algumas sub hipóteses relacionadas com este tipo de resultados. Gerou-se uma grande quantidade de dados (relações significativas e não significativas) que importa analisar.

Os dados demonstraram que as variáveis que significativamente mais contribuem para uma melhor QV são: Viver maritalmente, a vivência presente de uma relação de natureza conjugal, estar empregado, ter como fonte de rendimento o ordenado, não ter comorbilidades. No mesmo sentido as variáveis que contribuem para menos QV são o consumo de BZD, a manutenção de consumos IV, ter uma doença mental e ter uma instabilidade em termos de permanência no programa de metadona (evidência de que quanto mais reentradas, pior é a SM dos utentes).

As variáveis que significativamente mais contribuem para uma melhor SM são: Ter emprego, viver de um ordenado, não ter comorbilidades. Fizemos uma comparação de médias entre os não consumidores e os consumidores de álcool e verificamos que os que consomem álcool referiram melhor saúde mental, dado que deve ser analisado pela perspetiva que a maioria dos utentes que manifestam consumos de álcool têm emprego e têm menos policonsumo. No mesmo sentido verificamos que as variáveis que mais se relacionam com uma menor SM são: Ser mulher, ter

doença física, ter doença mental, ter HCV, Consumir estimulantes e BZD e ainda encontramos evidência que quanto mais reentradas pior a SM.

Não se verificam diferenças significativas ( $F=,751;p>,05$ ) na amostra em termos de QV, consoante os tempo de programa ( $\leq 12$  meses  $\bar{x}=64,15$ ,  $dp=10,26$ ;  $> 12$  e  $\leq 24$  meses  $\bar{x}=60,47$ ,  $dp=8,66$ ;  $> 24$  meses  $\bar{x}=63,22$ ,  $dp=12,07$ ), nem em termos de SM ( $F=1,469$ ;  $p>,05$ ) pois  $\leq 12$  meses  $\bar{x}=17,00$   $dp=5,98$ ;  $> 12$  e  $\leq 24$  meses  $\bar{x}=18,26$ ,  $dp=5,20$ ;  $> 24$  meses  $\bar{x}=18,90$   $dp=5,63$ .

As variáveis que significativamente mais contribuem para um melhor CDS são: Ter melhores habilitações (podendo estes dados apontar para que uma melhor literacia concorre para gerir melhor as consequências da dependência de substâncias), ter emprego, viver de um ordenado, ter uma profissão de natureza intelectual, ter mais TP (manifestando-se este TP como um recurso para minimizar as CDS), estar abstinente e não ter nenhuma comorbilidade. As variáveis que mais contribuem para um menor CDS são ter uma profissão não qualificada, o consumo de heroína, estimulantes, cannabis, BZD, policonsumo (quando menor o policonsumo maior valor de CDS se encontra). Há ainda evidência que ser do género feminino, ter uma doença física, perturbação mental, ter VIH, está associado a menor valor de CDS, tal como, quanto maior o nº de entradas, menor o CDS.

As variáveis que significativamente mais contribuem para uma menor satisfação com os cuidados de enfermagem são: Consumo de estimulantes, de BZD e mais reentradas no programa, demonstrando a necessidade de mais estratégias para os doentes mais instáveis, pois estes referem menor satisfação, assim como menores resultados funcionais.

As variáveis que significativamente tendem a aumentar o “Tempo de Programa” são: maior idade, estar empregado, ter menos reentradas no programa, abstinência de heroína e cocaína,

Em relação à variável estrutural “Comorbilidades”, as variáveis que significativamente estão mais associadas ou relacionadas são: Ser do género feminino, ter filhos, consumos de BZD, estar com alguma perturbação mental, ser portador de HCV, VIH, ter uma doença respiratória. No mesmo sentido, maiores habilitações e estar empregado associam-se a menores comorbilidades.

Em relação à variável “Anos de consumo”, verificamos que as variáveis que estão associadas a valores inferiores são: ser do género feminino, início mais tardio do consumo de substâncias e a abstinência de BZD. Quanto mais tarde se inicia os consumos, menos anos de consumo os utentes assinalam.

Em relação à variável de resultado “policonsumo”, as variáveis que lhe estão significativamente associadas são: Mais anos de consumo, menor idade de início de consumos, maior dose de metadona, consumo de todas as substâncias. A substância mais associada ao policonsumo é a

heroína seguida dos estimulantes. Estes dados reforçam a necessidade da prevenção do consumo de substâncias pois quanto mais cedo se inicia consumos, mais o policonsumo vai ser uma realidade ao longo de mais anos de consumo, com maiores consequências daí decorrentes.

A variável de resultado “dose de metadona”, está significativamente associada a várias variáveis estruturais. Quando mais anos de consumo, mais comorbilidades, ser portador de HCV, VIH e consumir BZD, maior a dose de metadona. No mesmo sentido quanto menor o valor de CDS ou seja, maiores consequências da dependência de substâncias, maior a dose de metadona. A metadona surge aqui como um fator protetor e de resposta face às consequências da dependência e a comportamentos de risco.

Encontramos ainda relações significativas entre algumas variáveis estruturais e as substâncias consumidas. Quando mais idade e quanto mais tarde se iniciam os consumos, menor o consumo de cannabis, sugerindo que o consumo de cannabis tem um padrão de dependência maior quanto mais cedo se iniciam os consumos. No mesmo sentido a presença de pelo menos uma doença física, perturbação mental, VIH e mais anos de consumo, estão associados ao consumo de BZD.

Por último, em termos de dados estatisticamente significativos, a variável de resultado “Importância atribuída ao papel dos enfermeiros” tem menor valor nos portadores de HCV, fazendo questionar a adequação das intervenções às necessidades dessas pessoas.

A quantidade de dados significativos é extensa, mas igualmente extensa são os dados que emergem de relações entre variáveis, que nos apontam **relações importantes não sendo estatisticamente significativas**. Estes dados podem ser consultados em anexo (8).

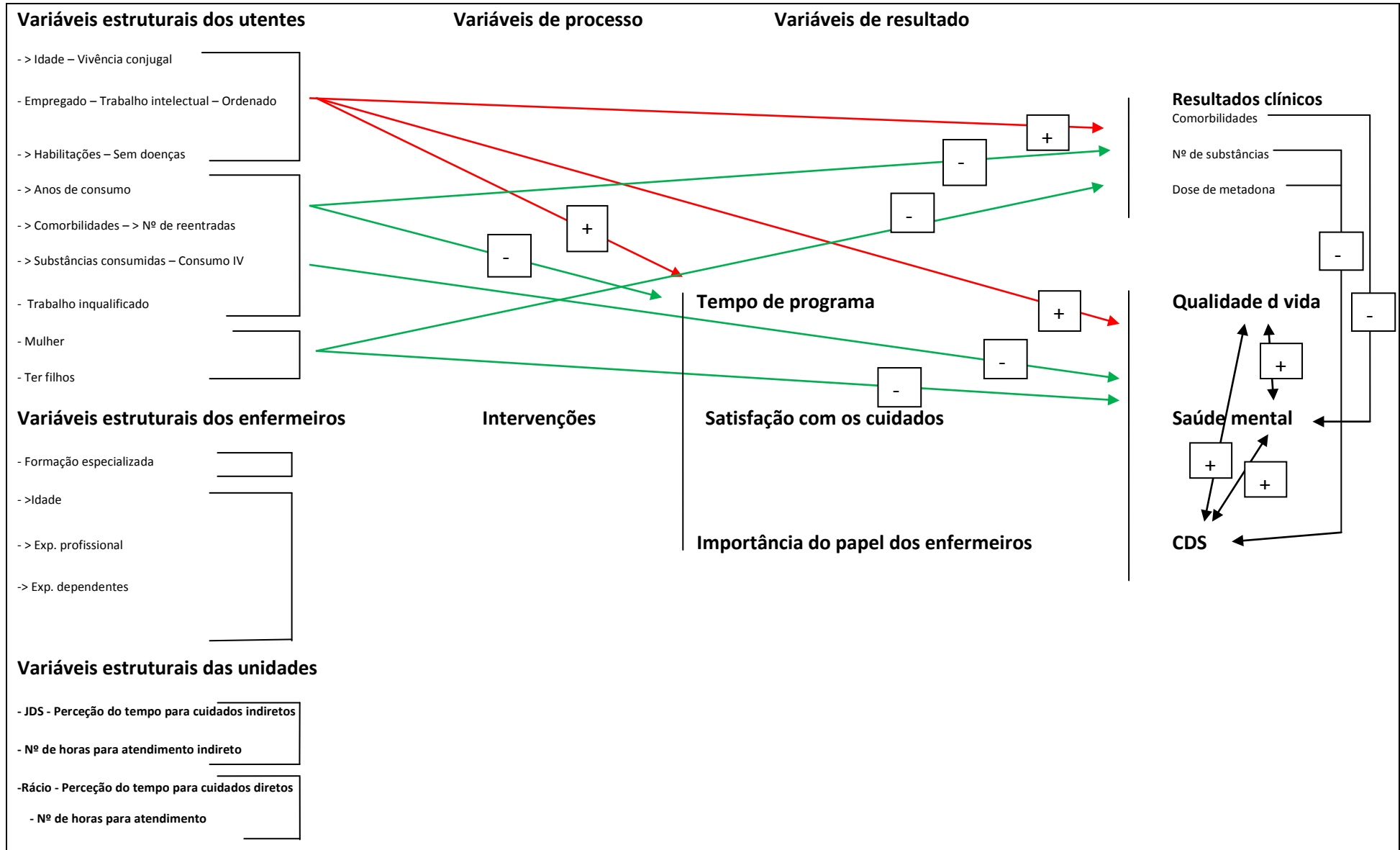
A análise da relação entre as variáveis de resultado (**hipóteses 6,7 e 8**) é a informação que falta estruturar para uma análise completa dos dados com base na matriz teórica do modelo. Verificamos que todas as hipóteses foram confirmadas e **relações significativas entre as variáveis de resultado foram estabelecidas**.

Na relação entre os resultados funcionais, verificamos uma correlação positiva e significativa entre todos eles. Valores mais altos de QV correspondem a valores mais altos de SM e estes, relacionam-se com menores consequências da dependência de substâncias. A relação entre a SM e as consequências da dependência de substâncias é a relação mais significativa, pois 30,2% ( $R^2$ ) da variabilidade das consequências da dependência é explicada pela variável SM ( $F=78,473; gl=179; p<,01$ ).

Esquemáticamente podemos considerar que as **hipótese 5, 6, 7 e 8** se confirmam através de múltiplas relações significativas (figura 12).



Figura 12 – Relação entre variáveis estruturais e de resultado





Em relação a análise das relações entre variáveis, verificamos que se confirmaram quase todas as proposições do modelo de efetividade do papel de enfermagem e surgiu de forma significativa a relação entre as características dos utentes e os resultados obtidos e a relação entre as características das unidades e as variáveis dos enfermeiros.

Quanto à sensibilidade dos resultados funcionais aos cuidados de enfermagem, os dados demonstraram a relação significativa entre múltiplas variáveis com os mesmos e entre essas variáveis com a satisfação com os cuidados de enfermagem. Os dados revelaram ainda fortes relações entre os resultados em estudo.

Testamos um conjunto de relações através do Modelo de Equações Estruturais. Testamos se o “**Papel dos enfermeiros**”, composto por um conjunto de variáveis que monitorizam o processo de cuidados (importância dos enfermeiros para o estado dos utentes, satisfação com os cuidados e tempo de programa), das unidades (condições do trabalho) e variáveis de processo (nº de intervenções sistemáticas), se relacionava significativamente com os “**resultados funcionais e clínicos**” (QV, SM, CDS, nº de comorbilidades, nº de substâncias consumidas), e exercia sobre estes alguma variância. Verificamos que o modelo demonstrou um bom ajuste, pois o conjunto das variáveis observáveis do papel dos enfermeiros justifica 29% da variância dos resultados funcionais e clínicos (valor de regressão).



## ***CAPITULO IV - DISCUSSÃO E CONCLUSÃO***



## **1 – CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS. A BASE PARA A TEORIZAÇÃO**

O metaparadigma é o nível mais abstrato do conhecimento e permite a utilização dos conceitos na organização e desenvolvimento de uma disciplina e profissão (Tomey & Alligod, 2004).

Tendo a consciência que é a forma como cada disciplina explica os conceitos que lhe permite definir o seu objeto de cuidados e tendo consciência dos requisitos necessários para a sua determinação (Fawcett J. , 2011b), pretende-se neste capítulo da discussão, apresentar a representação elaborada dos conceitos, centrados no foco de interesse da disciplina e no seu âmbito, relacionados com a realidade da população estudada.

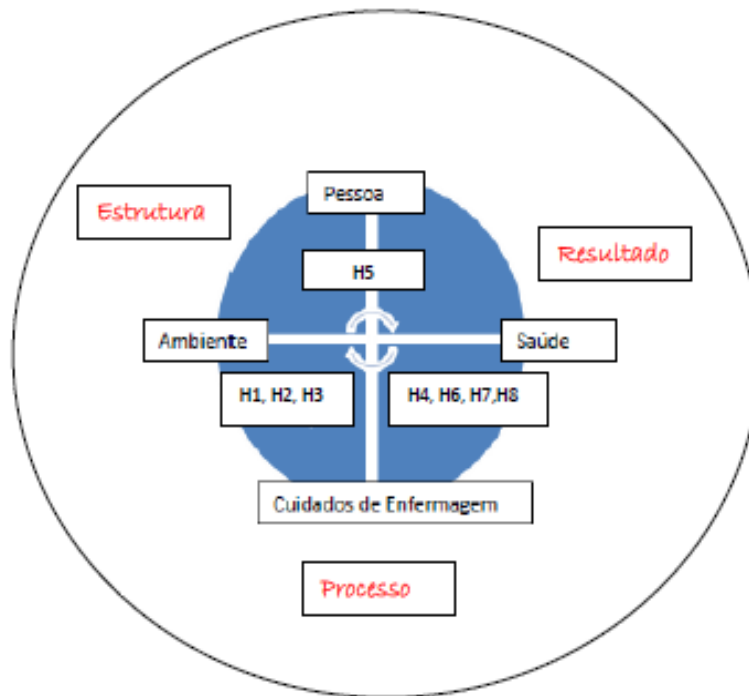
Face à complexidade dos fenómenos da disciplina de enfermagem, não é provável que uma teoria explique, descreva, preveja e modifique todas as interações e resultados das intervenções de enfermagem pois limitaria a criatividade e a possibilidade de abordagem mais holística (Meleis, 2011; Fawcett J. , 2011a). A determinação do metaparadigma possibilita posteriormente a construção de indicadores empíricos (Fawcett J. , 2011b).

O estudo desenvolvido tendo como base o Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem (Irvine, Sidani, & Hall, 1998) que pressupõe uma visão de estrutura, processo e resultado, possibilita a perceção e interpretação dos conceitos metaparadigmáticos de forma menos abstrata. A complexidade das hipóteses em estudo, baseadas em proposições, podem ser refletidas com base nos conceitos abstratos que possibilitam depois a conceptualização de indicadores empíricos concretos dessas mesmas hipóteses e reveladores do contexto do estudo (Fawcett J. , 2011a).

Verificamos que as hipóteses se relacionam, são enquadradas pelos conceitos e podemos posicioná-las entre o conceito “cuidados de enfermagem” e o conceito de “pessoa”. Umás mais relacionadas com o ambiente (H1, H2 e H3) e outras mais relacionadas com o conceito de saúde (H4, H6, H7, H8). Apenas uma se situa entre os conceitos de ambiente e saúde, mais relacionada com o conceito de pessoa que com os cuidados de enfermagem (H5). Podemos ainda e com base no modelo teórico, considerar que tanto as variáveis como os conceitos podem ser esquematizados nas 3 dimensões, estrutura, processo e resultado (Irvine, Sidani, & Hall, 1998).

Com esta estrutura de análise (figura 13) podemos considerar construir um quadro de indicadores empíricos.

Figura 13 - Enquadramento das hipóteses em estudo face aos conceitos metaparadigmáticos e ao NREM



Face à realidade do nosso estudo, que seguiu uma abordagem pelo paradigma da transformação, procuramos contribuir para a compreensão dos conceitos pessoa, ambiente, saúde e cuidados de enfermagem, neste contexto, com esta população e com os cuidados de enfermagem que necessitam. Os conceitos podem ser esquematicamente operacionalizados de forma a facilitar a consulta (quadro 10):

Quadro 10 - Conceitos metaparadigmáticos e o NREM

Saúde	Pessoa	Ambiente	Cuidados de Enfermagem
<p>. Estado em permanente transformação.</p> <p>. Bem-estar que coexiste com a doença e as suas agudizações (recaídas, sofrimento emocional, descompensação das suas comorbilidades físicas, instabilidade familiar e social).</p> <p>. Recurso e valor subjetivo individual que depende de fatores sociais e requer estratégias de adaptação permanente de recursos individuais, familiares e profissionais.</p> <p>. Capacidade para lidar com ambientes muitas vezes adversos, satisfazer necessidades e alcançar o potencial máximo de bem-estar físico, mental, social e espiritual. Coexiste com fatores de risco.</p> <p>. As necessidades em saúde são o resultado de características individuais, do ambiente, dos cuidados prestados e o seu contexto.</p>	<p>. Tem uma dimensão holística, com determinadas características que a levam a assumir um padrão de dependência de substâncias.</p> <p>. Muitas vezes oriunda de ambientes sociais adversos, desenvolve estratégias de coping ao longo dos tempos, mas que está condicionada pelos fatores de risco que vão desenvolver comorbilidades que assumem elas mesmo, a partir de determinado momento, um estatuto de estrutura que a pode caracterizar.</p> <p>. O estado funcional ao longo do seu processo de saúde-doença, ao longo do ciclo de vida, vai determinar a sua QV, relação familiar e socialização.</p> <p>A necessidade de acompanhamento técnico multiprofissional, juntamente com outros fatores protetores, pode ajudar a minimização das consequências da dependência de substâncias.</p> <p>. Assume um quadro de valores mas deve ser corresponsável pelo processo de cuidados. As suas características biofísicas e intrapsíquicas são fatores estruturais, que determinam a sua relação com os cuidadores e os resultados que se vão obter.</p> <p>. Integra espaços e ambientes como forma de adaptação</p>	<p>. É parte determinante dos fenómenos de enfermagem.</p> <p>. A relação pessoa-ambiente é permanente.</p> <p>. Meio físico envolvente, cultura, meio social, político e económico e outros significantes.</p> <p>. Onde vivem e se desenvolvem.</p> <p>. Determina quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual.</p> <p>. É frequentemente um ambiente socialmente adverso ao desenvolvimento físico e psíquico harmonioso.</p> <p>. Pode constituir-se um fator de risco.</p> <p>É um recurso natural que suporta a pessoa em muitas situações e um promotor de saúde.</p> <p>. Onde ocorrem os cuidados, onde se dá o encontro enfermeiro-utente.</p> <p>. É um cenário que integra o que se passa.</p> <p>. Permite a criação de identidades num espaço, tornando invisível aquilo que consciente ou inconsciente pretendem (Melo R. , 2004).</p> <p>. Muitos desses espaços são não lugares, assumem espaço de ambiente coletivo sem identidade (Augé, 1998).</p> <p>. Condiciona cuidados e resultados.</p>	<p>. Desenvolvem-se num paradigma de transformação, em que se verifica uma permanente interação ou seja, um processo de cuidados que requer competências específicas dos enfermeiros para diagnosticar, planejar, intervir e controlar e em que a qualidade da relação assenta numa relação interpessoal entre o enfermeiro e o utente, e essa relação terapêutica, terapêutica por si mesma, procura estabelecer parcerias com as pessoas na consecução do seu projeto de saúde (Amendoeira, 2006).</p> <p>. Assentam em valores, princípios e normas. A relação estabelecida assume uma determinada natureza e processo temporal interligado (Lopes M. , 2006).</p> <p>. A escolha, a centralidade, a individualidade, a responsabilização da pessoa pelo seu projeto de saúde e os resultados a obter, devem ser estabelecidas com os enfermeiros. O empoderamento da pessoa é determinante.</p> <p>. Devem incluir a perceção da natureza da doença, da instabilidade pessoal, familiar, social. Devem ser planeados tendo presente a vivência e exteriorização de sentimentos ligados ao sofrimento psíquico. Devem dar resposta às consequências da dependência de substâncias.</p> <p>. A perceção do espaço onde as coisas acontecem é determinante para quem presta cuidados a determinadas populações, sob o risco de não compreender o fenómeno (Melo R. , 2004) e não conseguir avaliar as necessidades.</p>
Variável de resultado	Variável de estrutura, de processo e de resultado	Variável estrutural	Variável de processo

Segundo Meleis (2011) uma teoria é uma visão coerente de um contexto, de um processo e de resultados associados a determinado fenómeno.

Não fazendo parte das nossas aspirações nesta fase, a formalização de uma proposta teórica, consideramos importante ainda assim, refletir sobre o conhecimento produzido neste estudo. Se a Enfermagem for vista como uma disciplina prática, devido a finalidade prática da mesma, poderá gerar teorias prescritivas e descritivas importantes sobretudo para gerar conhecimento abstrato (Saragoila, 2007) mas com aplicação prática (Amendoeira, 2006). Por outro lado, a estrutura metaparadigmática que enquadra e estrutura a conceptualização teórica, pode ajudar a

gerir indicadores empíricos que orientem a aplicação prática da disciplina, como recurso à prática de cuidados (Fawcett J. , 2011a).

## **2 – DOS RESULTADOS AOS INDICADORES**

As variáveis são a expressão de alguns conceitos no contexto da investigação. A discussão que importa realizar centra-se na relação entre esses conceitos, a sua direção e intensidade e a comparação com outros estudos.

Na relação entre as características dos enfermeiros e o processo de cuidados verificamos:

Os dados reforçam a formação dos enfermeiros como um pilar determinante para a qualidade dos cuidados prestados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Clark, Leddy, Drain, & Kaldeberg, 2007; Gomes B. , 2008; Doran D. , 2011). Se por um lado, considerávamos que as variáveis estruturais dos enfermeiros (formação e idade) se poderiam aliar para o desenvolvimento de competências, para a prestação de cuidados individualizados, para mais efetividade, melhor gestão do *stress* (Benner, 2001) e conseqüentemente, maior satisfação (Mahon, 1996), neste estudo, não se verificaram essas relações, com os dados a apontar outros fatores não relacionados com a experiência, a influenciar a satisfação com os cuidados (anexo X).

Refletimos os resultados na amostra total e particularizamos em cada unidade. Verificamos que alguns aspetos críticos para a satisfação dos utentes nomeadamente, suporte afetivo, informação sobre saúde, possibilidade de tomar decisões, competências técnicas e profissionais (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007; Wagner & Bear, 2009) não representam a essência das intervenções da equipa C, que apesar de assinalar a realização das intervenções em cima descritas, avaliou-se uma prática mais relacionada com aspetos normativos das regras dos programas e existência de consumos, e menos com as relações terapêuticas e informação sobre saúde. Pode ser a razão pela qual os utentes revelaram menos satisfação com os cuidados. Os utentes assinalaram maior satisfação com os cuidados de enfermagem na unidade onde a equipa centra a sua intervenção na promoção do autocuidado e na avaliação das necessidades através de relações terapêuticas (unidade A).

A variável satisfação com os cuidados, pilar determinante nas orientações normativas para os cuidados de saúde (OE, 2002; DGS, 2004; DGS, 2013), tem sido apontada como uma das melhores formas de avaliarmos o contributo de cada grupo profissional para os resultados em saúde obtidos pelas pessoas (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007; Doran D. , 2011). Se assumimos que com os instrumentos adequados podemos avaliar efetivamente a satisfação com os cuidados de enfermagem a nível hospitalar e comunitário (Yellen, Davis, & Ricard, 2002; Ribeiro A. L., 2003) e que reconhecidamente esta satisfação é influenciada por outras variáveis, nomeadamente as variáveis estruturais das unidades (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Bacon & Mark,

2009), verificamos no nosso estudo, que as variáveis que significativamente contribuem para aumentar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, são maior percepção do tempo para prestar cuidados indiretos aos utentes e maior número de horas para cuidados indiretos. Esta percepção é determinante para a adequação do planeamento dos mesmos (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

A questão central poderá estar na concordância entre enfermeiros e utentes sobre os resultados esperados, pois maior concordância, associa-se a maior satisfação (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007). Em alguns contextos, os utentes valorizam prioritariamente a vertente técnica e educacional (Young, Minnick, & Marcantonio, 1996; Sousa, Peixoto, & Martins, 2008), valorizam a possibilidade de participarem nas decisões e serem informados sobre a sua saúde (Fosbinder, 1994; Alves, 2007; Gomes B. , 2008) e aqui, as intervenções da equipa A parecem proporcionar mais satisfação.

A organização dos cuidados com o método de enfermeiro de referência ou de gestão de caso, utilizado na unidade A, surge também como fator associado a satisfação nos cuidados hospitalares (Doran D. , et al., 2004) e reforça-se esta perspetiva nos cuidados com pessoas consumidoras de drogas (Mahon, 1996; Clark, Leddy, Drain, & Kaldeberg, 2007; Lopes J. , 2012). Maior satisfação vai depois contribuir para mais adesão terapêutica e melhores resultados funcionais (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Lynn, McMillen, & Sidani, 2007).

Outros fatores como a idade, género, educação, estado de saúde dos utentes, são igualmente determinantes para o grau de satisfação (Bacon & Mark, 2009) e os participantes da unidade C com mais idade, maior percentagem de participantes do género feminino, maior número de comorbilidades, podem por esta razão ter manifestado menor satisfação.

A especificidade das respostas às necessidades das pessoas dependentes de drogas requer uma perícia específica e uma diferenciação da formação em saúde mental (Nyamathi, et al., 2010b; Lopes J. , 2012). A experiência de cuidados com consumidores de drogas, contribui para melhores resultados, verificados no tempo de permanência nos programas (>4 anos) e no grau de satisfação, que se revelou na amostra total 83,29%.

Questionamo-nos sobre os resultados relacionados com menos intervenções e menor satisfação, nas equipas onde os enfermeiros têm mais idade, mais experiência e como poderemos esperar, mais formação ao longo da vida face ao contexto onde trabalham. Será que estes fatores concorrem para a manutenção de práticas que não sistematizam mais intervenções e com a diferenciação necessária à promoção de mais satisfação? Haverá outros fatores estruturais a condicionar estas intervenções?

Quanto à importância das características das unidades e a sua relação com o processo de cuidados, constata-se que o tempo para os cuidados indiretos, que na perspectiva de cuidados no ambulatório pode ser determinante para assegurar a qualidade dos cuidados diretos (Seabra, 2005; Sequeira & Lopes, 2009), surge assim como um vetor importante para aumentar a satisfação com os cuidados. A percepção do tempo para os cuidados relaciona-se com o suporte e justiça que os profissionais sentem a partir das suas organizações, que por sua vez contribui para a satisfação das suas necessidades, ajuda-os a identificarem-se mais com o trabalho, melhora a sua prestação e desenvolve mais satisfação laboral (Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Outro vetor importante é a percepção das condições do trabalho que avaliada principalmente na perspectiva da variedade do trabalho e da autonomia, confirma duas dimensões importantes do trabalho que vão contribuir para que os utentes assinalem mais satisfação com os cuidados de enfermagem como resultado de um melhor desempenho dos enfermeiros (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Verificamos as variáveis que significativamente se relacionaram com uma menor satisfação com os cuidados: Um mais elevado rácio enfermeiro utente, pois a unidade com menor rácio é significativamente aquela onde os utentes apresentam mais satisfação (unidade A); Maior percepção da adequação do tempo para cuidados diretos e um maior nº de horas efetivas para cuidados diretos (variáveis associadas às equipas com maior rácio e menor percepção das condições do trabalho). Estes dados reforçam que um elevado rácio enfermeiro / utente e uma menor percepção das condições do trabalho poderão ser determinantes para influenciar a qualidade das intervenções e diminuir a satisfação com os cuidados (Kilpatrick, Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

O impacto da menor satisfação com o trabalho, o ambiente pouco confortável e desajustado em termos de condições de trabalho, maior número de horas de atendimento e a sobrecarga sentida, relaciona-se com menor satisfação dos utentes (Kaldenberg & Regrut, 1999; Sengin, 2001; Doran, et al., 2006; Mrayyan, 2006; Clark, Leddy, Drain, & Kaldeberg, 2007; Duffield, et al., 2011). Mais suporte hierárquico e gestão mais partilhada relacionam-se com maior satisfação e melhores resultados na generalidade (Bacon & Mark, 2009; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013). Verificamos esta evidência neste estudo, em relação a unidade C, pois podemos considerar que impede entre outras coisas, a correta avaliação das necessidades dos utentes (Tervo-Heikkinen, Partanen, Aalto, & Julkunen, 2008) fator apontado como relevante para menor avaliação da qualidade e satisfação dos cuidados de enfermagem. Comparativamente, na unidade A, os utentes apresentaram maior satisfação, pois esta equipa centra as suas

intervenções na avaliação das necessidades e promoção de autocuidado e simultaneamente, manifesta melhor percepção das condições do trabalho e tem igualmente o menor rácio.

A relação entre as características das unidades e as características dos enfermeiros é imprescindível numa análise detalhada ao nível estrutural pois, são inúmeros os fatores identificados de relação e influência das políticas institucionais e recursos das unidades, no desempenho dos enfermeiros (Kaplan, 1989; Hall, Doran, & Pink, 2004; Doran, et al., 2006; Joseph, 2007; Kilpatrick, Tremblay, Lamothe, Ritchie, & Doran, 2013; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Verificamos que mais idade e experiência com pessoas dependentes de drogas relacionam-se com menor percepção de tempo para cuidados indiretos e são estes os participantes-enfermeiros que referem menos condições de trabalho. Estes dados coloca-nos perante a posição da percepção das condições do trabalho sobre o papel da experiência profissional (Kaldenberg & Regrut, 1999; Sengin, 2001; Mrayyan, 2006) pois menor percepção das condições de trabalho é associada a menor satisfação com os cuidados, mas não encontramos estudos com evidência de associação entre maior experiência profissional e menor percepção do tempo para cuidados indiretos (que relacionamos com a possibilidade de planear os cuidados).

Os dados apontam ainda que quanto maior a formação dos enfermeiros, estes, manifestam menos percepção da adequação do tempo para cuidados indiretos, embora esta relação não seja significativa (anexo X).

Tendo consciência que a monitorização das intervenções é de difícil operacionalização se não optarmos por um estudo experimental (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Amaral A. , 2010; Seabra & Sá, 2012), e mesmo nestes, a influência de outras variáveis deve ser sempre tido em conta (Wood & Ross-Kerr, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013), a opção sobre quais as variáveis que seriam incluídas nas “variáveis de processo” recaiu nas intervenções que os enfermeiros assinalaram (como por si realizadas) a partir de um quadro de referência. Depois, a um outro nível, consideramos que devíamos incluir nos resultados, variáveis que nos ajudassem a monitorizar diretamente essas mesmas intervenções. Essas variáveis foram a satisfação com os cuidados (na medida em que o instrumento utilizado é focado na avaliação da satisfação com as intervenções autónomas, relacionando-as com a qualidade), o TP como fator reflexo dos cuidados de enfermagem e a variável em que os doentes atribuíam um grau de importância do papel dos enfermeiros no seu estado atual.

O TP afirma-se como relevante para o reconhecimento do papel dos enfermeiros (Wilson, Macintosh, & Getty, 2007) e para minimizar as consequências da dependência de substâncias (Ontario., 2009).

Verificamos que mais satisfação com os cuidados relaciona-se com melhores resultados funcionais, incluindo estados de humor (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013), mais adesão e cumprimento das recomendações (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007) e mais autocuidado (Lopes J., 2012).

Os cuidados de enfermagem podem não estar focados na resposta às necessidades mais importantes dos doentes pois, os que afirmam menos CDS e, têm mais comorbidades, poderiam estar relacionados com mais satisfação e atribuir maior importância ao papel dos enfermeiros pois, têm mais necessidade de cuidados de saúde, tal como apontam estudos anteriores (Ashworth, 2005; Sequeira, 2006; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Ross, Lo, McKim, & Allan, 2008; Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010; Seabra & Sá, 2012). No entanto, os dados apontam ainda, que mais TP está associado a mais QV, mais SM (sendo esta correlação significativa na equipa C), menos comorbidades, o que de alguma forma confirma a importâncias destes programas na qualidade de vida dos utentes (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; Ross, Lo, McKim, & Allan, 2008; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011).

Estes dados demonstram menos intervenções nos contextos de cuidados em que os doentes apresentam mais comorbidades e menos substâncias consumidas. Levando à hipótese de serem os consumos mais gravosos que despoletem mais intervenções e aumentarem as consequências da dependência de substâncias (estes dados requeriam uma amostra maior dos participantes enfermeiros e maior possibilidade de individualizar a relação entre as intervenções e os utentes).

Neste estudo, emergiram, relações entre as características dos utentes e os resultados funcionais, o que não tinha acontecido em outros estudos com utilizaram o mesmo modelo teórico (Doran D. I., 2002; Hall, Doran, & Pink, 2004; Doran, et al., 2006). As comorbidades são determinantes para minimização da perceção de QV (Cook, Epperson, & al., 2005; Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011).

Quanto aos dados que emergem das variáveis sobre consumos, verificamos que 28,8% da amostra não consome e apresenta melhores resultados funcionais e clínicos. Não estar a consumir tem estado relacionado com melhor saúde mental, melhor exercício da parentalidade e mais adesão terapêutica (Cotralha, 2007), melhor qualidade de vida (Rodrigues, 2006; Murcho & Pereira, 2011), mais auto cuidado (Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010; Oliveira,

Monteiro, Freixo, & Venâncio, 2010; Lopes J. , 2012) menos consequências da dependência (Sequeira, 2006).

Os dados reforçam outros estudos em outros contextos, com os doentes em programas de metadona ou sem estar em qualquer tipo de assistência medicamentosa, onde se verificou que a manutenção de consumos se assume como um fator para diminuir a QV e a SM (Almeida & Vieira, 2005; Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; Torrens, 2008; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011), embora o impacto e as consequências do consumo de substâncias varia conforme a tipologia desta (Ashworth, 2005). Veja-se, os dados que apontam que os consumidores de álcool assinalaram melhor SM (que associamos a mais emprego  $p < ,01$ ). O álcool é a substância que menos se associa ao policonsumo daí os resultados mais satisfatórios.

Alguns estudos assinalam que a QV e a SM melhoram significativamente nos primeiros meses do programa mas depois sem diferenças significativas (Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010). No nosso estudo, não verificaram diferenças significativas em relação a perceção sobre estes dois resultados, consoante a durabilidade do programa.

A reflexão sobre a importância da prevenção do consumo de substâncias surgiu no estudo quando verificamos uma associação entre menor idade para início de consumos e resultados menores do domínio funcional, mais anos de consumo e mais policonsumo. Reforça a necessidade de estratégias de prevenção pois a consciência do risco está associada a menor probabilidade de consumo (Calafat, Fernández, Juan, & Becoña, 2005; Melo R. , Andrade, Sampaio, & GIES, 2010). Aqueles que assinalaram qualquer tipo de consumo no momento do questionário assumiram igualmente mais anos de consumo.

A abordagem técnica à questão do policonsumo tende a ser mais complexa (Ashton, 2003; Ashworth, 2005). O policonsumo é a variável que mais influencia os resultados funcionais e clínicos negativamente.

As características dos utentes que se associaram a atribuição de maior “Importância ao papel dos enfermeiros” foram: ter filhos, não ter relação de natureza conjugal, emprego, rendimentos associados a atividade ilícitas, quando consomem heroína, estimulantes, cannabis, álcool, quando tem uma doença física ou uma doença respiratória, o que difere ligeiramente de outro estudo que apontava para uma melhor avaliação das necessidades psicossociais em vez das físicas por parte dos enfermeiros a trabalhar num contexto semelhante ao deste estudo (Seabra & Sá, 2012). Esta diferença assinala o desfasamento entre o que avaliamos e realizamos e o que os doentes valorizam (Young, Minnick, & Marcantonio, 2006) e reforça a necessidade da intervenção centrada nas necessidades e não em perceções (Fournazier & Siqueira, 2006) até porque,

verificamos que, os que não referiram comorbilidades assinalaram, maior importância ao papel do enfermeiro. Já entre os que consomem e atribuíram maior importância ao papel dos enfermeiros, para o seu estado atual, esta atribuição deve ser olhada como importante para a capacidade dos enfermeiros avaliarem e darem resposta às verdadeiras necessidades daqueles que permanecem a consumir (Seabra & Sá, 2012).

A estabilidade familiar e a inserção profissional assumiram-se como fatores determinante para o sucesso terapêutico pois, relacionaram-se com melhores resultados funcionais e clínicos. O sucesso terapêutico está relacionado com uma maior estabilidade familiar (Holmes & Warelaw, 1997; Cook, Epperson, & al., 2005; Roe & Beynon, 2010; Cruz & Machado, 2013) e com melhores dinâmicas comunicacionais nos casais (Matoso, 2005). O emprego surge associado com um fator protetor para melhor SM e melhor QV, mesmo quando os dependentes mantêm alguns consumos (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006). As profissões do domínio intelectual e os profissionais qualificados apresentam melhores resultados e menos consequências da dependência de substâncias.

Estes estados subjetivos de bem-estar como a QV e a SM, relacionados com os comportamentos e suas consequências pessoais, familiares, sociais e até espirituais, têm sido relacionados e tem sido demonstrada a sua relação positiva (Almeida & Vieira, 2005; Torrens, 2008; Xiao, Wu, Luo, & Wei, 2010; Go, Dykeman, Santos, & Muxlow, 2011; Hartz, Pato, & Medeiros, 2014).

Ainda sobre a relação entre aspetos estruturais dos utentes e os resultados, ressalta a relação entre a existência de uma perturbação mental e menores resultados funcionais e clínicos. Estes têm maior impacto que a doença física. Por outro lado verificamos ainda que aqueles a quem na recolha de dados, se identificou uma perturbação mental, referem menos satisfação com os cuidados de enfermagem o que reforça a necessidade de uma melhor avaliação dos utentes e intervenções mais direcionadas (Zubaran, Emerson, Sud, Zolfaghari, & Foresti, 2012). Por outro lado, a verificação que nos portadores de HCV a maioria referir consumos de álcool, alerta para as estratégias necessárias para reverter este indicador (Marcellin & Laurenceau, 2004; Fuster, et al., 2013).

Para a comparabilidade de resultados entre o nosso estudo e outros com populações com características diferentes em termos do seu estado de saúde, mas em que foram utilizados os mesmos instrumentos, tivemos alguma dificuldade. Em relação à QV o facto de utilizarmos um instrumento especificamente indicado para amostras de consumidores de drogas em programa de metadona, construído e validado em Portugal, limita os dados de comparação com os estudos nacionais, pois desconhecemos a sua utilização no contexto internacional. A nossa amostra

apresentou valor superior (+4%) do que a manifestada pela amostra do único estudo disponível (Murcho & Pereira, 2011) justificável talvez por melhores indicadores relacionados com o emprego e apoio familiar.

Em relação à SM os dados do nosso estudo confirmam a tendência da população Portuguesa em geral. O género feminino, mais idade, menos escolaridade, trabalho menos qualificado, surgem como fatores associados menos saúde mental (Cabral, 2002; Santana, Alves, Couceiro, & Andreozzi, 2008). Estes fatores surgem na linha dos apontados como determinantes para a saúde mental em termos globais (WHO, 2001).

O valor médio em termos de saúde mental é na nossa amostra inferior (-2%) a outras populações consumidoras de drogas (Castillo, Póo, & Alonso, 2004) e inferior (-2%) que cuidadores de pessoas idosas (Reis, 2011), mas superior a familiares de pessoas com doença oncológica (Guadalupe, 2008).

Alguns estudos têm revelado subestimação dos valores reais em relação a determinados resultados ou estados clínicos de domínios mais subjetivos. Como exemplo, as desordens mentais têm sido subestimadas nos estudos de abordagem transversal (Takayanagi, Spira, Roth, Gallo, & Motjabai, 2014) o que consideramos não acontecer na nossa investigação pois valores de correlação com outros resultados em estudo destacam a relevância da SM para o estado de saúde atual e para a vida dos participantes no estudo.

A percentagem de consumidores de drogas em programa de metadona, que apresenta valores significativamente superiores de sofrimento, é significativamente superior na nossa amostra, face à população portuguesa em geral: 46,1% na nossa amostra versus 25% na população em geral (Cabral, 2002) ou ainda 29,8% apontados no relatório da comissão para a reestruturação da rede de serviços de saúde mental (Portugal, 2007).

Em relação ao CDS não encontramos dados comparativos.

Quanto à satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem, os dados no nosso estudo revelaram uma satisfação média de 83,3%, superior aos manifestados por uma amostra dos utilizadores de um centro de saúde (66,5%) (Ribeiro A. L., 2003), que os utilizadores de um serviço de atendimento permanente de um centro de saúde (76,7%) (Alves, 2007) e que os utentes diabéticos seguidos por enfermeiros (82,7%) (Correia, 2007). Encontramos um estudo com utentes diabéticos que referiram maior satisfação (85%), e que também neste estudo a satisfação surge com fator importante para a adesão terapêutica (Sousa, Peixoto, & Martins, 2008).

Ressalta dos dados relacionados com a satisfação com os cuidados de enfermagem em diferentes contextos, que a satisfação é maior, nos estudos onde os utentes apresentam uma situação específica de saúde (diabetes ou dependência de drogas) contrastando com os estudos onde o critério era o acesso indiferenciado a determinado centro de saúde, desde que cuidados por enfermeiros (atendidos de forma mais generalista). Estes dados apontam para que quanto mais cuidados os utentes recebem de uma equipa que especificamente cuida e desenvolve competências numa determinada área de cuidados, maior a satisfação com os cuidados, tal como se confirma no nosso estudo. Os utentes consumidores de drogas revelam maior satisfação com as equipas especializadas no âmbito dos comportamentos de adição, que os de âmbito geral a que recorrem por vezes nos hospitais ou em ambulatório (Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Ontario., 2009).

Da relação entre conceitos pode surgir a identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e um conjunto de **indicadores** que requerem sistematização. Estes indicadores que, no quadro conceptual do modelo da efetividade do papel de enfermagem, são de estrutura, processo e resultado, quando organizados com base nos conceitos metaparadigmáticos da disciplina de enfermagem, podem ser avaliados de forma mais abstrata e simultaneamente, possibilitam uma abordagem mais concreta face a qualquer quadro teórico.

Esta análise incluiu não só as variáveis contínuas, que permitiram a análise de relação entre variáveis e o teste ao modelo, mas todas as que se apresentaram estatisticamente significativas na análise de resultados. São todos os indicadores que, de alguma forma, têm relações significativas com os resultados obtidos pelas pessoas.

Alguns destes indicadores estruturais, numa primeira interpretação, enquadram-se no desenvolvimento da própria “pessoa” e no seu “ambiente” desenvolvem-se antes do contacto da pessoa com qualquer profissional de saúde. Por outro lado são variáveis que, no quadro conceptual do modelo de efetividade do papel de enfermagem, devem ser olhados como sensíveis aos cuidados de enfermagem pois, na dimensão dos cuidados de enfermagem relacionados com a prevenção dos comportamentos adictos e no âmbito da promoção da saúde, são indicadores determinantes para a estruturação dos cuidados com “pessoas” (Negrão & Seabra, 2007; Carvalho J. , 2009; Almeida & Mourão, 2010; Guillén & Nascimento, 2010).

O género, a idade, o estado civil e ter filhos, são particularidades importantes que devem ser tidas em conta no planeamento dos cuidados. Em relação as habilitações, tipo de profissão, situação laboral e rendimentos, são claramente variáveis que se relacionam e são influenciadas pelos

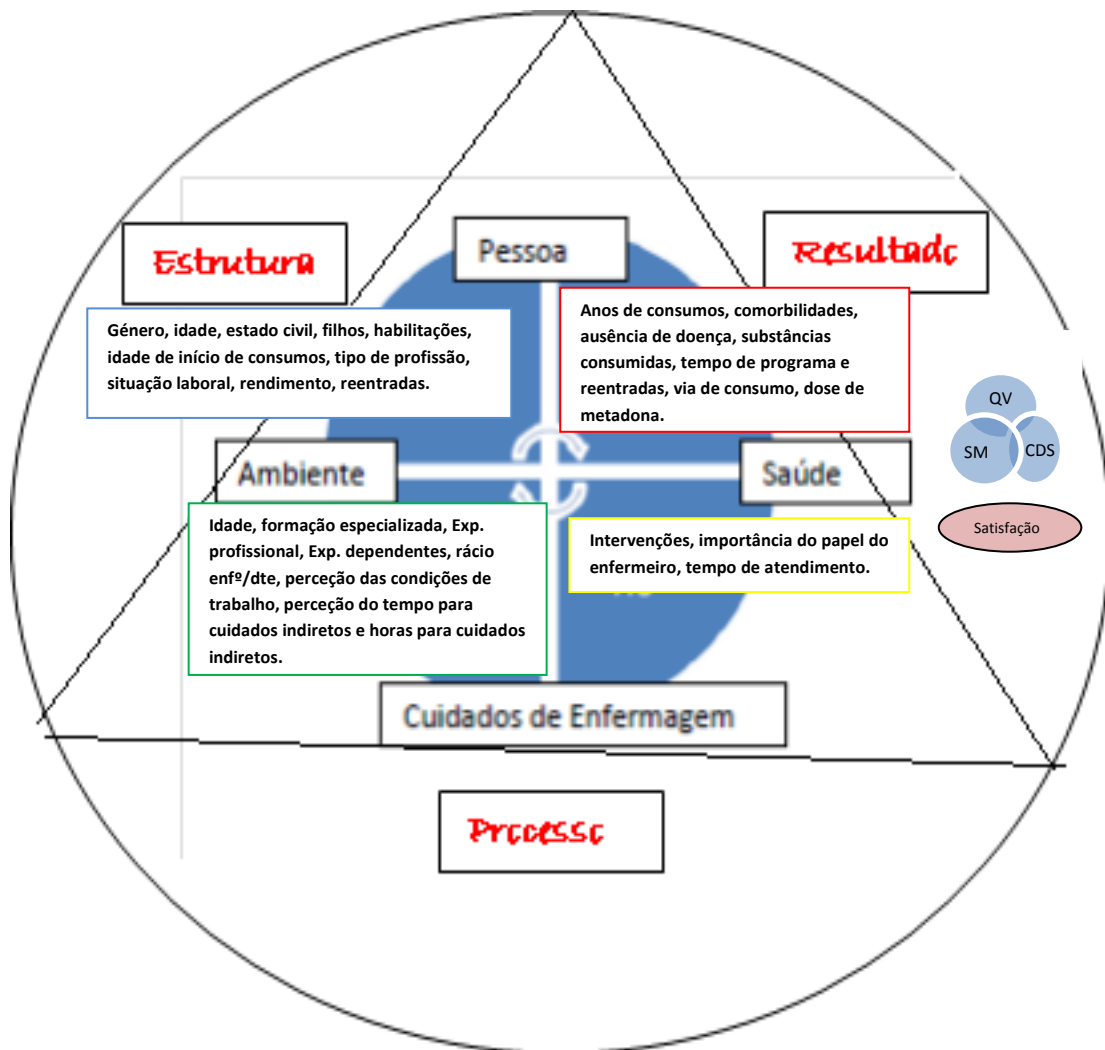
cuidados de enfermagem (pela particularidade e necessidades específicas na relação com os serviços de saúde). Assumiram particularidades que se relacionaram com a satisfação com os cuidados de enfermagem.

A idade de início de consumos, que se relacionou com várias consequências da dependência de substâncias, foi destacada até pela relevância em termos de prevenção junto de adolescentes. Estes indicadores de estrutura são sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Têm sido apontados como determinantes para menores resultados, nomeadamente QV e SM, alguns indicadores: as questões de género (feminino), associadas as questões da parentalidade e da maternidade e a existência de uma relação de natureza conjugal (Cotralha, 2007; Cook, Epperson, & al., 2005), as habilitações, o tipo de profissões, a situação laboral e o rendimento (Lopes J. , 2012; Conway, Levy, & Vanyukov, 2010; Hartz, Pato, & Medeiros, 2014; Murcho & Pereira, 2011). Não encontramos estudos que demonstrassem uma associação efetiva entre o início de consumos mais precoces e resultados com impacto negativo no bem-estar da pessoa (Guillén & Nascimento, 2010).

Assim, estes indicadores de estrutura dos utentes, “na dimensão pessoa e ambiente”, revelam um vasto campo de intervenção de enfermagem no domínio psicossocial e na lógica de uma abordagem preventiva (figura 14).

Figura 14 - Resultados e indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem



Legenda: Caixa azul = indicadores de estrutura sensíveis aos cuidados de enfermagem. Caixa verde = indicadores de estrutura que influenciam os cuidados de enfermagem. Caixa amarela = indicadores de processo sensíveis aos cuidados de enfermagem. Caixa vermelha = indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Quanto aos indicadores de estrutura dos enfermeiros, na “dimensão ambiente e cuidados de enfermagem”, fomos surpreendidos com a associação da maioria dos indicadores estruturais, a uma menor relação no processo de cuidados (menos intervenções assinaladas por enfermeiro), nomeadamente, a idade, as habilitações, a experiência profissional, a experiência de trabalho com pessoas dependentes. Estas variáveis têm sido associadas a melhores resultados, embora noutras áreas de cuidados, mais do domínio hospitalar. Não encontramos estudos nesta área de cuidados (Doran, et al., 2006; Clark, Leddy, Drain, & Kaldeberg, 2007). Estes indicadores são dados que devem ser olhados cuidadosamente, pela dimensão reduzida da amostra dos enfermeiros.

Uma outra tipologia de indicadores veio fornecer alguma justificação para aqueles indicadores associados a menos intervenções e a menos satisfação com os cuidados de enfermagem. Nesta continuidade, os dados apontam para que indicadores como: maior rácio enf<sup>o</sup>/dte e menor perceção das condições de trabalho, determinem e condicionem indicadores como os citados anteriormente na obtenção de menores indicadores de processo. São indicadores associados à diminuição da qualidade das intervenções e a menor perceção do tempo para cuidados indiretos tal como noutros estudos (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Duffield, et al., 2011; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

A formação especializada surgiu como único indicador associado a mais intervenções e mais satisfação com os cuidados, tal como descrito na literatura (Wilson, Macintosh, & Getty, 2007; Wagner & Bear, 2009; Duffield, et al., 2011). Surgiu ainda associada, a perceção de mais tempo para a prestação de cuidados indiretos. A perceção do tempo para a prestação de cuidados, enquanto indicador, relaciona-se com a perceção de melhores condições do trabalho (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002).

Quanto aos indicadores de processo na dimensão “cuidados de enfermagem-saúde”, o principal indicador, número de intervenções, surge associado às variáveis estruturais dos enfermeiros e das unidades, e verifica-se a associação com os indicadores de resultado que monitorizam diretamente o processo de cuidados (tempo de programa e satisfação com os cuidados de enfermagem) (Ribeiro A. L., 2003). Um maior número de intervenções surge associado a mais satisfação com os cuidados de enfermagem e a menor tempo de programa, justificável pela instabilidade dos doentes (WHO, 2007; Ontario., 2009) . O indicador “papel do enfermeiro” emerge apenas como relevante se associado ao indicador tempo de programa, ou seja, unicamente com mais anos de programa, a importância atribuída ao papel do enfermeiro é significativa. Verifica-se, embora não tendo significado estatístico, que os utentes reconhecem uma maior satisfação com os cuidados de enfermagem do que reconhecem importância ao papel do enfermeiro para o seu estado atual. A acessibilidade aos cuidados de enfermagem é igualmente um indicador importante pois os utentes manifestam mais satisfação com os cuidados nas unidade onde o tempo de atendimento para cuidados de enfermagem é maior.

Quanto aos indicadores de resultado na dimensão “pessoa-saúde” em primeiro lugar surge o tempo de programa como um indicador normalmente associado a melhor estado de saúde, melhor gestão das comorbilidades, melhor QV e melhor SM, mais estabilidade familiar, laboral e social, menos comportamentos de risco (Gfroerer, Penne, Pemberton, & Folsom, 2003; Cook, Epperson, & al., 2005; Lopes J. , 2012; Gesaworld, 2013).

A dose de metadona é outro indicador importante, pois surge associado a estados de maior desajuste, quer pelo consumo de substâncias, quer associado a determinadas comorbilidades (Mistral & Hollingworth, 2001; EMCDDA, 2008; Oliveira, Monteiro, Freixo, & Venâncio, 2010) e, muitas vezes, a gestão da sua prescrição é feita por enfermeiros durante o atendimento (Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010).

Outros indicadores surgem associados: a presença de várias comorbilidades (física, mental, doença respiratória, HIV, HCV) ou a ausência destas, constitui indicador determinante para o estado de saúde e para maior mortalidade (Beynon, McVeigh, & Roe, 2007; Jack, Willott, Manners, Varnan, & Thompson, 2008; Nyamathi, et al., 2010b; Fuster, et al., 2013); os anos de consumo, normalmente associados a resultados inferiores no que se refere ao bem-estar (Roe & Beynon, 2010; Seabra, Sá, & Amendoeira, 2013); número de substâncias consumidas, indicador relacionado com o policonsumo, fator de risco e potenciador de mais consequências físicas, psíquicas e sociais da dependência (Cruz M. , 2005; Rodrigues, 2006; Hartz, Pato, & Medeiros, 2014); via de consumo IV, que pela relação com o grau de dano provocado, normalmente surge associada a menores estados de bem-estar (Ontario., 2009; Fuster, et al., 2013).

Por último, o indicador que surge associado a dimensão estrutural e de resultado e está relacionado com os quatro conceitos metaparadigmáticos (relaciona-se com o ambiente onde a pessoa vive, com características da própria pessoa, com os cuidados a que é submetido e com o conceito de saúde do próprio): o número de saídas e reentradas dos programas. Este último indicador associado à instabilidade de adesão aos programas (Seabra, Negrão, Barbosa, & Massano, 2010), tem como consequências menor bem-estar (Castillo, Póo, & Alonso, 2004) e, por outro lado, é fator desequilibrador em termos psíquicos (Torrens, 2008). No entanto, não encontramos estudos com referência a associação deste indicador à maioria dos resultados obtidos (mais reentradas, menor satisfação, menor tempo de programa, menor QV, menor SM, menor CDS, todos com  $p < 0,005$ ). É sensível aos cuidados de enfermagem pois relaciona-se de forma significativa com todos os resultados funcionais, com a satisfação e com o tempo de programa.

Mais satisfação com os cuidados de enfermagem vai se relacionar com melhores resultados funcionais (Lynn, McMillen, & Sidani, 2007), resultados estes, QV, SM, e CDS, que numa lógica mais epistemológica e enquanto resultados empíricos, são sensíveis aos cuidados de enfermagem (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010; Doran D. , 2011).

### **3 - MODELO DE EFETIVIDADE DO PAPEL DA ENFERMAGEM. PROPOSTA PARA UMA NOVA MATRIZ**

Com esta matriz multidimensional do Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem não encontramos estudos que aprofundassem a possível relação direta entre as variáveis estruturais dos utentes com os resultados, que se encontra em variados estudos sem uma matriz teórica subjacente (Escudeiro, Lamachã, Freitas, & Silva, 2006; De Santis, Arcia, Vermeesch, & Gattamorta, 2011; Duffield, et al., 2011; Vellone, et al., 2013; Tung, Cooke, & Moyle, 2013), nem sobre a possível relação das variáveis estruturais das unidades com as variáveis estruturais dos enfermeiros (Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013). A relação entre as diferentes variáveis de resultado e entre as diferentes variáveis de processo, tinha sido explorada, demonstrando algumas relações significativas em termos da influência das condições e da perceção do trabalho no processo de cuidados (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Duffield, et al., 2011; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013).

Os nossos achados reforçam a relação entre as variáveis estruturais das unidades com as variáveis estruturais dos enfermeiros, nomeadamente entre a perceção do tempo para cuidados indiretos e a experiência profissional com pessoas dependentes de drogas e com a idade dos enfermeiros. Confirmam a relação entre os fatores estruturais e os de processo e entre estes e os resultados. Confirma ainda a relação entre os fatores de processo e os resultados.

Verificamos, face à população e ao contexto do estudo, a relação significativa entre as variáveis estruturais dos utentes com os resultados, que permite a sugestão de uma nova dimensão de relação no Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem (figura 15).

Outra decisão que se materializa numa proposta, tem a ver com as variáveis de resultado que mais diretamente monitorizam o processo (satisfação com os cuidados de enfermagem, tempo de programa e importância atribuída ao papel dos enfermeiros), que consideramos que se devem posicionar num nível diferente dos outros resultados clínicos e funcionais, podendo assim possibilitar uma melhor perceção da importância da relação entre estes e os restantes resultados.

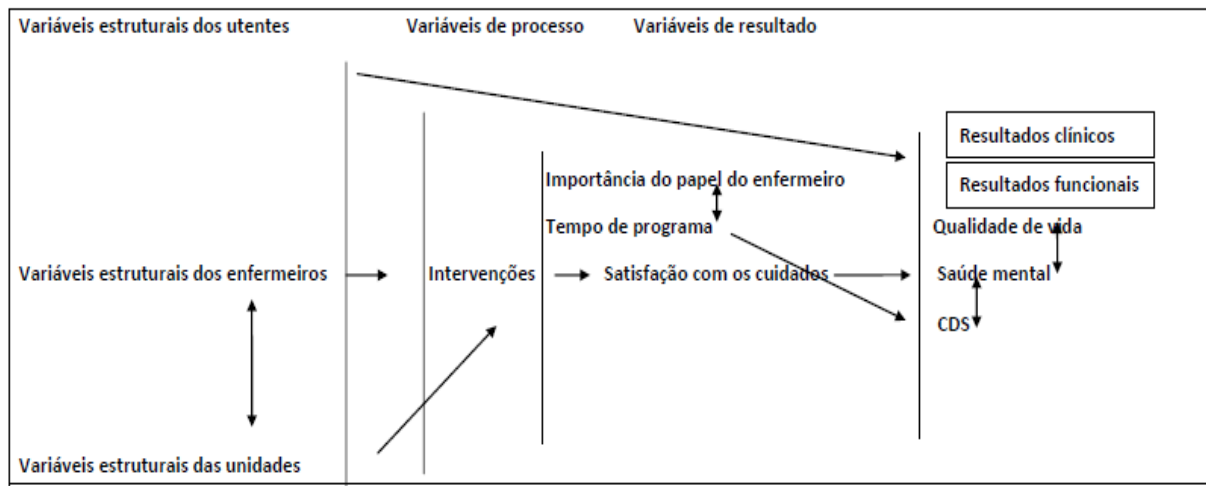
Face à população e ao contexto do estudo, foram integradas e submetidas a análise, diferentes variáveis que as verificadas em estudos no contexto a nível hospitalar.

Reforça-se nesta análise, a importância que o modelo assume ao incluir indicadores de todos os componentes da qualidade de cuidados. Foca-se explicitamente na relação entre indicadores de todas as dimensões com especial ênfase na relação entre o processo e os resultados, fundamental

para elevar a validade e a sensibilidade dos resultados. Permite distinguir o resultado das intervenções autónomas das interdependentes para identificar o contributo específico da enfermagem nos resultados obtidos, e finalmente, permite incluir resultados em saúde anteriormente identificados como sensíveis aos cuidados de enfermagem (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002; Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010).

Sistematizando, a matriz que propomos aumenta a complexidade da representação gráfica do modelo, mas parece-nos explicita da complexa realidade do estudo (figura 15).

**Figura 15 - Modelo de efetividade do papel de enfermagem - A matriz encontrada**



#### **4 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O MÉTODO**

A reflexão necessária sobre, o método que utilizamos, durante a investigação, implica revisitar as diferentes etapas da mesma.

Sobre aquele que foi definido como o problema de investigação, todo o percurso permitiu a procura de respostas. A ausência de indicadores de resultado, específicos e sensíveis aos cuidados de enfermagem, foi constatada, e a opção por um modelo teórico que nos possibilitou pesquisar aspetos relacionados com as três dimensões da qualidade dos cuidados (Donabedian, 2003; Irvine, Sidani, & Hall, 1998), conduziu a investigação e permitiu construir um quadro de indicadores determinantes para a qualidade dos cuidados de enfermagem, indicadores estruturais das unidades, dos enfermeiros e dos utentes, indicadores de processo (intervenções de enfermagem) e indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Concretizou-se ainda a identificação de aspetos relacionados com a satisfação com os cuidados de enfermagem, numa população consumidora de substâncias, algo que não encontramos publicado em Portugal.

Sobre os objetivos do estudo, consideramos que estes foram atingidos e o desenho do estudo revelou-se adequado. Percebemos que a relação entre os fatores estruturais, de processo e os resultados funcionais, com dependentes de drogas integrados num programa de metadona, é complexa, interdependente, com inúmeros fatores estruturais a influenciar o processo e a comprovar-se a relação entre os cuidados de enfermagem com os resultados funcionais. A amostra apresentou resultados satisfatórios em termos de QV e de SM (este resultado em menor percentagem) e comprovou-se que as maiores consequências da dependência de substâncias são sobretudo sócio familiares.

Apuramos estas consequências sócio familiares através das subescalas que apresentaram menos valor percentual, na QV a subescala “sócio familiar” e no CDS a subescala “consequências psicofamiliares”. Entre subescalas do MHI5 com os outros resultados a maior correlação verificou-se entre a subescala distress e a subescala consequências psicofamiliares do CDS.

Verificamos que os resultados funcionais são sensíveis aos cuidados de enfermagem e identificamos determinados fatores que os influenciam. Identificamos igualmente, fatores que influenciam os cuidados. Estes dados contribuíram também para a construção de um quadro de indicadores de estrutura, de processo e de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

No início desta investigação, não encontramos estudos que apresentassem um instrumento com determinada abrangência e especificidade para as consequências da dependência de substâncias. Ao ter contacto com o resultado NOC “Consequências da dependência de substâncias” (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004) identificamos com um instrumento que nos podia ajudar. Contudo, pelo facto do instrumento inicial não dar resposta à problemática em estudo ou ao problema que se queria estudar, procedeu-se a sucessivas adaptações, introduzindo diferentes dimensões, dada a possibilidade disponibilizada e aconselhada, de cada investigador adaptar o instrumento ao seu contexto de cuidados.

Em relação ao processo de adaptação e validação do resultado NOC “Consequências da dependência de substâncias” em Portugal, decorreu naturalmente seguindo as recomendações da própria taxonomia, com alguns ajustes. Realizamos a validação de conteúdo através da reconstrução do quadro de indicadores com base na literatura e concordância entre peritos (Seabra, Sá, & Amendoeira, 2013).

Para a validação clínica, utilizou-se a amostra total, apuraram-se as medidas de fiabilidade (consistência interna e correlações), efetuou-se análise fatorial que determinou uma escala com 16 itens com 4 fatores. O processo de confirmação entre examinadores apresentou resultados fiáveis, mas de extrapolação dos resultados de forma cuidada, pelo reduzido número de duplas avaliações (n=20). Neste momento podemos considerar o instrumento adaptado para o contexto português mas necessitando de ser aplicado em novos estudos.

Ainda sobre a utilização deste resultado NOC, importa dizer que houve uma alteração do seu posicionamento na taxonomia durante a realização do estudo: A alteração teve o objetivo de separar o conhecimento, do funcionamento (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010). Inicialmente o resultado situava-se no domínio I – Saúde Psicossocial ou seja, resultados que descrevem o funcionamento social e psicológico, na classe O - Autocontrole ou seja, resultados que descrevem a capacidade de um individuo para conter o comportamento que pode ser física ou emocionalmente danoso a si ou a terceiros (Johnson, Mass, & Moorhead, 2004). Atualmente surge colocado no domínio V – Saúde Percebida, resultados que descrevem impressões sobre saúde e assistência de saúde individuais, na classe V – Resultados estes que descrevem indicações individuais de uma doença, lesão ou perda (Moorhead S. , Johnson, Maas, & Sawnsen, 2010).

O instrumento por nós adaptado e validado neste estudo vai para além dos instrumentos mais utilizados que avaliam a qualidade de vida, a saúde mental, a adaptação social ou adesão terapêutica, pois pela sua multidimensionalidade traduzida em múltiplos fatores que a escala avalia; consequências psicofamiliares, estado de capacidade física e cognitiva, autocuidado e

consequências económicas e laborais, leva-nos a considerar que pode ser um instrumento para avaliar e monitorizar o estado em *continuum* de uma pessoa consumidora de drogas.

O fato de ele ter sido elaborado e adaptado especificamente como um resultado em saúde, leva-nos a considerar que é sensível aos cuidados de enfermagem e deve ser usado para monitorizar o acompanhamento dos cuidados de enfermagem. Por último, consideramos ainda adequado para avaliar o estado funcional (Doran D. , 2011) das pessoas consumidoras de drogas.

Sobre a aplicação pioneira, tanto quanto sabemos, do Modelo de Efetividade de Papel de Enfermagem com uma população consumidora de drogas em contexto de cuidados em ambulatório, o modelo aponta para a efetividade dos cuidados de enfermagem com os resultados em saúde que estavam em estudo, revelando que são sensíveis aos cuidados de enfermagem. O modelo permitiu ainda a identificação de indicadores de resultado igualmente sensíveis aos cuidados de enfermagem e a identificação de indicadores que influenciam os cuidados.

A afirmação da sensibilidade aos cuidados de enfermagem associa os resultados obtidos, estatisticamente significativos, à matriz de relação entre fatores de processo e resultado e ao conjunto de variáveis introduzidas que, considerarmos monitorizam essencialmente os cuidados de enfermagem. Estas variáveis (satisfação com os cuidados e tempo de programa) por advirem da amostra dos utentes, ajudam a superar a limitação da análise estatística que decorre da amostra dos enfermeiros.

Em relação à estrutura teórica do modelo, interpretável através de uma representação gráfica, também assumimos a necessidade de fazer uma adaptação, inserindo uma ligação da influência que têm os fatores estruturais dos utentes, nos resultados, não desvirtuando o modelo.

Sobre os outros instrumentos selecionados para o estudo, com o objetivo de dar respostas as questões de investigação, a sua utilização constituiu um desafio apesar de já estarem validados para Portugal e com utilização junto de populações consumidoras de drogas, ou junto dos profissionais de enfermagem.

Com a devida ponderação, sentimos necessidade durante a análise fatorial, de extrair itens que não contribuíam para a solidez dos dados e robustez das escalas, no instrumento da qualidade de vida, no instrumento da satisfação (SUCECS26) e no resultado NOC. Não se fez nenhuma alteração ao MHI5 nem no JDS (condições do trabalho).

Como forma de analisarmos a adequação do método utilizado, procuramos comparar os resultados obtidos com os instrumentos que utilizamos, em alguns estudos a que tivemos acesso (quadro 11).

Quadro 11 - Comparação de resultados dos instrumentos em diferentes estudos

Identificação do estudo	Achados relacionados com os instrumentos utilizados
	<b>Qualidade de vida em consumidores de drogas em programa de metadona</b>
O nosso estudo	n=180. Utentes com 4,4 anos de programa de metadona, média de idade 41,02. Valor de QV=63,03 (78,79%) dp=11,38. Escala com 20 itens
(Murcho & Pereira, 2011)	n=308. Utentes com 5,66 anos de programa de metadona, média de idade 32. Valor de QV=61,11 (74,52%) dp=12,97. Escala com 21 itens
	<b>MHI5</b>
O nosso estudo	n=180. Utentes com 4,4 anos de programa de metadona, média de idade 41,02. Valor de SM=18,48 (53,9%) dp=5,66.
(Castillo, Póo, & Alonso, 2004)	n=726 consumidores de drogas em programa de metadona, média de idade 33,6. Valor de SM=55,9%. Estudo realizado no País Basco-Espanha.
(Cotralha, 2007)	n=90. Mulheres toxicodependentes, grávidas toxicodependentes e grávidas não consumidoras, média de idade 28,3. valor de SM=19,77 (65,9%), dp=4,73.
(Guadalupe, 2008)	n=167 familiares de pessoas com doença oncológica, média de idade 46 anos, valor de SM=15,09 (50,3%).
(Reis, 2011)	n= 60 cuidadores informais de idosos, media de idade 58,12. Valor de SM 16,7 (55,6%), dp 5,13.
	<b>Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde (SUCECS26)</b>
O nosso estudo	n=180, média de idades 41,02. Valor de SUCECS26 (83,29%)
(Ribeiro A. L., 2003)	n=225, utentes que recorreram a um centro de saúde por vários motivos, média de idades 51. Valor de SUCECS26 51,29%
(Alves, 2007)	n=50, utentes diabéticos em seguimento no centro de saúde, média de idade 63,8. Valor de SUCECS26 76,7%
	<b>JDS – Job Diagnostic Survey. Satisfação com as condições de trabalho</b>
O nosso estudo	n= 10 enfermeiros. Média de idade=38,5.Valor de JDS=74,9%.
(Almeida, Faísca, & Jesus, 2009)	n=552 trabalhadores diversos em Portugal. JDS=61,4%.
(Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002)	n=254 enfermeiros. Média de idades=38,17. Valor de JDS 72,7%.

Na amostragem das unidades recorreremos à forma aleatória simples. Em relação aos participantes utentes consubstanciou-se numa amostragem probabilística aleatória sistemática. Em relação aos participantes enfermeiros, a amostra foi o universo dos enfermeiros a trabalhar nas três unidades que constituem o campo empírico n=10. Esta realidade dos participantes-enfermeiros condicionou a análise estatística dos dados, pois pelo número reduzido de enfermeiros, muitos dos testes estatísticos não foram estatisticamente significativos, embora algumas diferenças tivessem sido consideradas do ponto de vista analítico. A comprovação de algumas hipóteses ficou assim condicionada. Analisamos com ponderação os resultados não significativos pois podendo relacionar-se com o tamanho reduzido da amostra, aumenta a possibilidade de erro tipo II, rejeitando a hipótese quando ela é verdadeira (Marôco, 2011). Fizemos uma análise da potência dos testes (quando analisamos às hipóteses) através do teste de Cohen, o que nos deu a confirmação da dificuldade na inferência estatística. Muitas das relações que não se comprovaram e mesmo das que se mostraram estatisticamente significativas, requerem investigação com outra abordagem em estudos futuros.

Foram utilizados procedimentos de estatística descritiva e inferencial. O fato de termos dados de dois diferentes grupos de participantes, e cada um deles provir de três locais diferentes,

complexificou a análise. Para investigar se havia diferenças entre as amostras, tínhamos em conta o tipo de variáveis para a seleção do teste adequado. Utilizamos o teste de diferenças entre duas amostras (t teste), entre três amostras (teste Anova) ou ainda correlação de Pearson. Em algumas análises e face a dimensão da amostra, tivemos que recorrer aos testes não paramétricos correspondentes (Pestana & Gageiro, 2005; Marôco, 2011).

Quando pretendíamos correlacionar os dados relativos aos enfermeiros, com os dados referentes aos utentes, agregávamos os dados na base de dados dos enfermeiros e estes eram depois desagregados na base de dados dos utentes, sempre com médias por unidade/equipa, pois para cada participante-utente teria que corresponder um valor médio da variável que se queria relacionar (ex. tipologia de cuidados / n° de intervenções a que estava sujeito). A opção por correlação quando apenas tínhamos 3 valores médios, não era aconselhada. A agregação de dados e posterior desagregação implica sempre perda de algum detalhe (Hoy & Hardiker, 1999).

A decisão sobre a comprovação das hipóteses foi ponderada com detalhe pois a complexidade das hipóteses levou a decisões cuidadas. Como as hipóteses procuravam relações significativas, estas podiam ser confirmadas desde que este requisito estivesse presente. A comprovação da intensidade e direção da relação surgia nas sub hipóteses, e aqui, por vezes, os dados assinalavam diferenças sem significado estatístico o que apenas permitiam a confirmação parcial.

As variáveis em que detetamos relações estatisticamente significativas com outras variáveis foram analisadas, e algumas, assumiram o papel de indicadores (Fawcett J. , 2011a) de estrutura ou de resultado, que necessitam de monitorização por contribuírem para o processo de cuidados (Amendoeira, 2006).

Quanto à utilização do modelo de equações estruturais no nosso estudo, a opção foi por ter sido usado no estudo de referência em que as autoras do modelo de efetividade do papel de enfermagem testaram o modelo (Doran, Sidani, Keatings, & Doidge, 2002), e por se reconhecer a utilidade do aprofundamento estatístico da relação entre variáveis nas ciências da saúde e sociais (De Santis, Arcia, Vermeesch, & Gattamorta, 2011; Gillet, Colombat, Michinov, Pronost, & Fouquereau, 2013). A utilização revelou relações significativas entre um conjunto de variáveis relacionadas com os cuidados de enfermagem e a sua influência nos resultados funcionais e clínicos. O modelo é complexo pois são necessários cuidados na sua aplicação face às condições prévias (Marôco, 2010).

## **5 – A TESE: INDICADORES DE RESULTADO SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Ao assumir a finalidade de identificar um conjunto de orientações para a efetividade dos cuidados de enfermagem, que contribuam para minimizar as consequências da dependência de substâncias e melhorar a qualidade de vida dos consumidores de drogas, estas orientações podem surgir a partir da análise das relações entre variáveis e da construção de um quadro de indicadores empíricos.

O percurso realizado a partir do questionamento da realidade da problemática e, dos cuidados de enfermagem com pessoas dependentes de drogas, permitiu identificar resultados funcionais e indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Verificaram-se relações significativas entre as variáveis estruturais dos enfermeiros com as variáveis de processo. Evidenciou-se a diferenciação profissional ao nível da formação pós licenciada de especialização em enfermagem de saúde mental, na relação com mais satisfação com os cuidados de enfermagem e com melhores resultados funcionais e clínicos dos utentes. Por outro lado, mais idade, mais experiência profissional e mais experiência a trabalhar com pessoas dependentes de drogas, relacionaram-se com menor satisfação com os cuidados de enfermagem e menos intervenções realizadas pelas equipas de enfermagem.

Consideramos que muitos dos dados relacionados com as variáveis dos participantes enfermeiros devem ser analisados cuidadosamente face ao número reduzido da amostra ( $n=10$ ), cuidado este, seguido na análise produzida, em função de todos os dados disponíveis.

Verificaram-se relações significativas entre as variáveis estruturais das unidades com as variáveis de processo. Evidenciou-se que a perceção de melhores condições de trabalho se relacionam com maior satisfação com os cuidados de enfermagem por parte dos utentes e mais intervenções realizadas pelas equipas de enfermagem. Contrariamente, quanto maior o rácio e maior a sobrecarga sentida em termos laborais (mais horas de atendimento), menor a satisfação com os cuidados de enfermagem.

Verificou-se a associação entre menor perceção das condições de trabalho, menor perceção do tempo disponível para planeamento de cuidados e maior rácio enfermeiro/utente, com maior idade e maior experiência dos enfermeiros. Estes fatores são determinantes para o desempenho pois estes enfermeiros realizam menos intervenções, em termos de equipa, têm menos uniformidade na sua prática de cuidados (menor número de intervenções sistemáticas) e os seus utentes manifestam menor satisfação com os cuidados de enfermagem.

Central ao estudo foi a relação entre os cuidados de enfermagem e os resultados obtidos pelas pessoas. Verificou-se que os enfermeiros na sua prática de cuidados realizam mais intervenções sistemáticas quando os doentes estão há menos tempo nos programas, a que normalmente se associa a fase em que as consequências da dependência de substâncias assumem maior impacto na vida dos utentes. Mais intervenções sistemáticas e, mais tempo de atendimento, associam-se a maior satisfação com os cuidados de enfermagem.

As equipas onde os utentes manifestam mais satisfação com os cuidados são as equipas que centram a sua intervenção essencialmente no estabelecimento de relações terapêuticas, na promoção do autocuidado, na articulação interprofissional, na perceção de fatores determinantes para a dependência e história toxicológica, comparativamente às equipas que centram a sua intervenção na identificação de consumos e reforço das regras da funcionalidade dos programas.

O reconhecimento da importância do papel do enfermeiro, para o estado atual dos utentes, só é significativo após longa permanência nos programas. A um maior tempo nos programas surge ainda associado a diminuição das consequências da dependência.

É relevante a relação entre mais satisfação com os cuidados de enfermagem, maior qualidade de vida e melhor saúde mental.

Verificamos que a um conjunto de variáveis sociodemográficas (maior idade, viver maritalmente, com emprego e ordenado, e uma atividade de natureza intelectual) esta associado mais tempo de programa, melhores resultados clínicos e melhores resultados funcionais. A um conjunto de variáveis relacionadas com a história toxicófila (mais anos de consumo, mais comorbilidades, mais reentradas, policonsumo, uso da via IV e o trabalho não qualificado) está associado menores resultados clínicos e funcionais e menor tempo de programa. Ser de género feminino e os participantes que têm filhos, está associado igualmente a menores resultados funcionais e clínicos. Podemos considerar as variáveis: mais idade, viver maritalmente, ter emprego e uma atividade de natureza intelectual como fatores protetores.

Entre os resultados em estudo, verificou-se que maiores consequências do uso de drogas correspondem a uma menor perceção qualidade de vida. Menor saúde mental corresponde a uma menor perceção qualidade de vida. Menor saúde mental corresponde a maiores consequências do uso de drogas. Consideramos que estes resultados estando associados na sua base teórica, pois consideramo-los como resultados funcionais, a sua análise comprova a sua inter-relação, pois a estados de menor perceção de qualquer um, surgem associados estados de menor perceção nos outros dois.

Os participantes assinalaram valores positivos nos três resultados, podendo dizer-se que em termos médios a qualidade de vida é boa e que as consequências da dependência de substâncias associam-se principalmente a uma menor perceção da saúde mental.

Assim, podemos considerar que com este modelo teórico conseguimos perceber a relação complexa entre variáveis nas três dimensões da qualidade dos cuidados e que a satisfação com os cuidados de enfermagem, a qualidade de vida, a saúde mental e as consequências da dependência de substâncias, são sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta consideração não é realizada na lógica da causalidade entre duas variáveis mas na lógica da forte relação entre as variáveis.

A confirmação das hipóteses fez emergir a relação intrínseca entre variáveis que depois de agrupadas em dois grandes grupos, permitiu concluir que o “Papel do enfermeiro” determina e relaciona-se com os “Resultados clínicos e funcionais”. Este último aspeto aponta para a efetividade dos cuidados de enfermagem.

Apuramos que os resultados são sensíveis aos cuidados de enfermagem e identificamos um conjunto de indicadores empíricos que podem ser utilizados para o planeamento, para a intervenção, para a monitorização da prática de cuidados e para teorização do conhecimento em enfermagem.

Estes indicadores empíricos, específicos para contextos semelhantes e populações semelhantes, podem ser agrupados em três categorias: os que determinam a qualidade de cuidados (estrutura), os que constituem a essência dos cuidados (processo) e os indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem (resultado).

Este conjunto de indicadores pode ser analisado com base nos conceitos metaparadigmáticos (fundamentais para uma construção teórica), e igualmente enquadrados pela estrutura do Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem. É o confronto dos achados da investigação com a teoria (Fawcett J. , 2011a).

A organização do quadro de **indicadores** é também resposta à pergunta de investigação deste estudo. A relação entre fatores de estrutura, processo e resultado, neste contexto de cuidados é complexa e a articulação entre dimensões também se faz com indicadores (Fawcett J. , 2011a). Para a seleção dos indicadores tivemos em conta que a relevância social da investigação depende da significância estatística e clínica do que se encontrou, embora, a significância estatística não garante a significância clínica (Fawcett J. , 2011b) nem prática (Marôco, 2011; Loureiro & Gameiro, 2011; Grove, Burns, & Gray, 2013) , daí a necessidade de uma análise cuidada.

Deste conjunto de indicadores determinantes para a qualidade dos cuidados, aponta-se a necessidade do investimento em formação de pós licenciatura em enfermagem de saúde mental, como fundamental para melhores cuidados e conseqüentemente para melhores resultados obtidos pelas pessoas. Destaca-se ainda a necessidade de atenção à qualidade das condições de trabalho pois quando estas são menores, podem conduzir a menores resultados funcionais dos utentes.

Do conjunto de indicadores de processo, fundamentais para os cuidados recebidos, importa refletir que, independentemente do número de intervenções que cada enfermeiro realiza, o mais importante é a uniformidade de práticas que resulte em intervenções que a maioria dos enfermeiros realize com frequência em cada equipa. Esta sistematização e conduta comum em termos de prática, assume mais importância no contexto de cuidados em ambulatório e em que os utilizadores do serviço sejam atendidos e cuidados pela totalidade dos enfermeiros da equipa, até porque este é um contexto de cuidados de longo prazo (doença crónica). A acessibilidade em termos de tempo de atendimento, concorre para satisfação com os cuidados de enfermagem.

Do conjunto de indicadores de resultado, destaca-se o “número de entradas” associado a menores resultados, na generalidade. Quanto mais instabilidade os utentes vivenciam no seu processo de assistência nos programas, pior a sua qualidade de vida.

Os indicadores ajudam a conduzir a intervenção aos vários níveis de prevenção. Desde a promoção da saúde, se atendermos à data de início de consumos, até a particularidade das questões de género e da parentalidade. O fato das escalas dos diferentes instrumentos evidenciarem menores resultados psicossociais relacionados com os processos familiares, induz a introdução deste indicador.

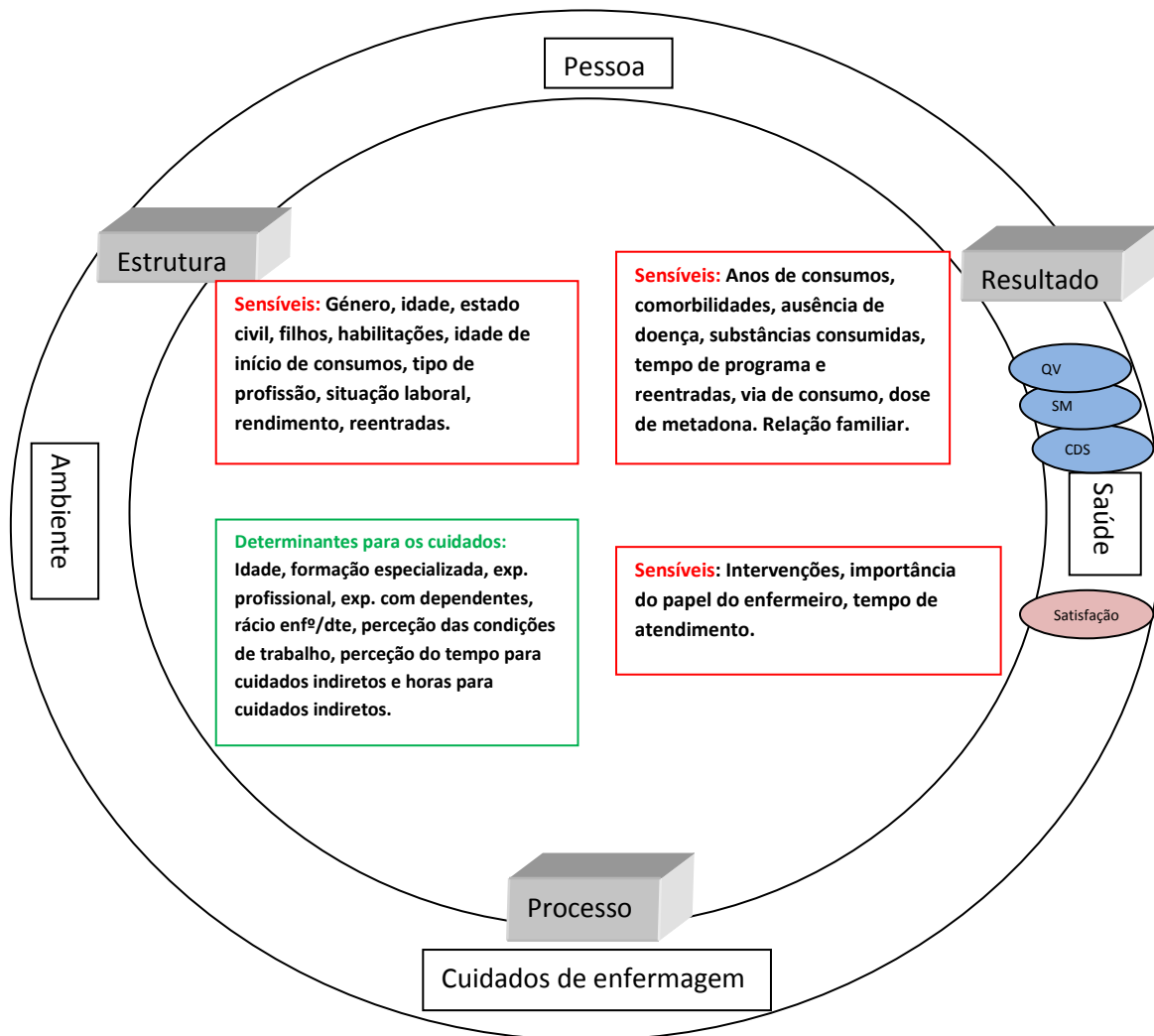
Outro aspeto relevante nos resultados obtidos pelas pessoas é a relação entre menores resultados funcionais e algumas variáveis relacionadas com uma diminuição das condições sociais e de saúde (comorbilidades, policonsumo, desemprego). Todas as estratégias que possam retardar o início dos consumos, que possam contribuir para um menor número de anos a consumir irão contribuir para melhores resultados em saúde.

Os resultados da investigação permitiram identificar um conjunto de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, e daí, podermos extrapolar contributos, para a efetividade das intervenções de enfermagem e uma prática baseada na evidência (Fawcett J. , 2011b). Permite ainda a conceptualização dos cuidados baseados em conceitos metaparadigmáticos, a mobilizar conforme a orientação teórica dos enfermeiros.

A estrutura teórica do Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem e sua relação com os conceitos metaparadigmáticos permitiu, que dos dados que emergiram da investigação, se constitui-se a tese que se apresenta, ou seja, um conjunto de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem ou determinantes para esses mesmos cuidados, pensados na matriz da disciplina e, a verificação de três resultados funcionais sensíveis aos cuidados de enfermagem. Estes dados surgem esquematicamente na figura 16.

A consonância do paradigma de investigação e da abordagem metodológica com a finalidade e objetivos do estudo é um dos aspetos que importa rever no momento em que se expõe a tese. Este estudo teve por intenção e através de uma estrutura teórica de análise da relação entre fatores de estrutura, de processo e de resultado, aplicável a diferentes contextos de cuidados de enfermagem, contribuir para a compreensão da sensibilidade dos resultados aos cuidados de enfermagem num contexto de cuidados com pessoas consumidoras de drogas, em regime de ambulatório. O Modelo de Efetividade do Papel de Enfermagem revelou-se útil nos diferentes contextos de ação, através da geração de dados relevantes de relação entre diferentes variáveis, que podem noutra fase, contribuir para a melhoria e consolidação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Figura 16 - Indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem



## **6 – CONCLUSÃO**

Este estudo aprofundou a problemática das pessoas que consomem drogas e mais pormenorizadamente os dependentes de opiáceos que estão a ser acompanhados por equipas de saúde especializadas, em ambulatório, em programas medicamentosos com metadona. Mais concretamente, o foco do estudo foi a efetividade dos cuidados de enfermagem e os resultados em saúde obtidos pelas pessoas.

Os enfermeiros integram estas equipas, assumindo uma centralidade naquilo que é o planeamento das suas intervenções. Assim, importa avaliar a efetividade da sua intervenção, ou seja, a relação entre os cuidados de enfermagem e os resultados obtidos pelas pessoas, bem como analisar os cuidados de forma multidimensional, pois estas pessoas apresentam, igualmente, necessidades multidimensionais.

Partimos para este estudo com a intenção de perceber a relação entre fatores estruturais, de processo e de resultados em saúde, na lógica da qualidade dos cuidados e para tentarmos apurar a efetividade das intervenções de enfermagem. Inovamos com o desenho de estudo aplicado a uma população com necessidade de cuidados de saúde em ambulatório e com a particularidade de serem consumidores de drogas. No desenho de estudo, procuramos a lógica da comparação de práticas de cuidados, recorrendo a participantes em três unidades diferentes. A seleção dos participantes foi por amostragem probabilística sistemática (o que não encontramos em nenhum estudo com este modelo).

Confirmaram-se relações significativas entre as variáveis estruturais dos enfermeiros com as variáveis de processo. Evidenciou-se a relação entre a diferenciação profissional ao nível da formação pós licenciada de especialização em enfermagem de saúde mental, com mais satisfação com os cuidados de enfermagem. Mais satisfação com os cuidados de enfermagem está depois relacionada com melhores resultados funcionais e clínicos dos utentes. Variáveis como a idade, a experiência profissional e a experiência de trabalhar com pessoas dependentes, relacionaram-se com menor satisfação com os cuidados de enfermagem e menos intervenções realizadas. Os dados apontam para que as variáveis relacionadas com maior experiência dos enfermeiros poderão estar condicionadas pela menor perceção da qualidade do trabalho, maior rácio enfermeiro/utente.

Confirmaram-se relações significativas entre as variáveis estruturais das unidades com as variáveis de processo. A percepção de melhores condições de trabalho está relacionada com maior satisfação com os cuidados de enfermagem por parte dos utentes. Os dados apontam ainda, que os enfermeiros que percebem melhores condições de trabalho, realizam mais intervenções.

Sobre a relação entre as características das unidades com as características dos enfermeiros, verificamos a relação entre menor percepção das condições de trabalho dos enfermeiros, menor percepção do tempo disponível para planeamento de cuidados e maior rácio enfermeiro/utente, com os enfermeiros mais velhos e mais experientes. Estes fatores (condições de trabalho, tempo disponível e rácio) surgem como determinantes para o desempenho pois verificam-se menos intervenções sistemáticas em termos de equipa, e os seus utentes, manifestam menor satisfação com os cuidados de enfermagem.

Estes dados destacam a importância da gestão de recursos e das condições do trabalho para a obtenção de melhores resultados em saúde. As equipas onde se encontra maiores rácios, assumem maiores dificuldades em particularizar os seus cuidados e o atendimento dos utentes pode ser mais mecanizado e centrado nas regras dos programas. Assim, os utentes manifestam menor satisfação. Estes fatores condicionantes do processo de cuidados sugerem a relação com uma menor resposta às necessidades das pessoas pois estas assinalam menor qualidade de vida e menor saúde mental.

Verificamos que os enfermeiros na sua prática de cuidados afirmam realizar mais intervenções sistemáticas quando os doentes estão há menos tempo nos programas e manifestam mais consequências da dependência de substâncias (início do processo de tratamento). Mais intervenções sistemáticas e, uma maior acessibilidade aos cuidados de enfermagem, associam-se a uma maior satisfação com os cuidados de enfermagem.

As equipas onde os utentes manifestam mais satisfação com os cuidados de enfermagem são as equipas que centram a sua intervenção essencialmente no estabelecimento de relações terapêuticas, na promoção do autocuidado e na articulação interprofissional.

A importância do papel do enfermeiro para o estado atual de saúde dos utentes (valor atribuído pelos próprios utentes) só é significativa após longa permanência nos programas de manutenção com metadona. Este dado é relevante neste estudo pois os dados demonstram que a um maior tempo de permanência nos programas surge associado a diminuição das consequências da dependência, ou seja apontam para a sensibilidade deste “resultado” aos cuidados de enfermagem.

Quanto às características dos utentes, verificamos que ser mais velho, viver maritalmente, ter emprego e ordenado e as profissões de natureza intelectual estão associados a melhores resultados funcionais e clínicos. A um conjunto de variáveis relacionadas com a história toxicófila (mais anos de consumo, mais comorbilidades, mais reentradas, policonsumo, uso da via intravenosa e o trabalho não qualificado) associam-se menores resultados funcionais e clínicos. Ser do género feminino e ter filhos está associado igualmente a menores resultados funcionais e clínicos.

Quanto mais precocemente se iniciam os consumos, mais consequências o consumidor vai vivenciar e menor a sua qualidade de vida.

Verificamos que a mais consequências do uso de drogas corresponde uma menor perceção da qualidade de vida. Menor saúde mental corresponde a uma menor perceção da qualidade de vida. Menor saúde mental corresponde a maiores consequências do uso de drogas.

A relação identificada entre os resultados funcionais e as variáveis de processo reforça estes resultados (qualidade de vida, saúde mental e consequências da dependência de substâncias) enquanto resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem. A intensidade das relações apontam para o equilíbrio entre estes resultados e a funcionalidade da pessoa, ou seja, a forma como efetivamente vive o seu dia-a-dia.

Sobre a efetividade das intervenções, verificamos que a afirmação da realização das intervenções de enfermagem realizadas no contexto real e, com uma avaliação num único momento, relacionam-se com os resultados funcionais, obtidos pelas pessoas. Ainda que haja fatores que influenciam o processo de cuidados.

Estas características analisadas enquanto indicadores empíricos e à luz dos conceitos metaparadigmáticos saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem, foram agrupadas pois constituíram-se um quadro de indicadores de estrutura, de processo e de resultado, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Numa lógica mais abrangente podemos considerar que identificamos um conjunto de indicadores dos cuidados de enfermagem.

Emergiram da análise das relações:

Indicadores estruturais sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquadrados pelos conceitos ambiente e pessoa (Género, idade, estado civil, filhos, habilitações, idade de início de consumos, tipo de profissão, situação laboral, rendimento, reentradas).

Indicadores estruturais que condicionam o processo de cuidados, enquadrados pelos conceitos ambiente e cuidados de enfermagem (Idade, formação especializada, experiência profissional, experiência com dependentes, rácio en<sup>o</sup>/dte, perceção das condições de trabalho, perceção do tempo para cuidados indiretos e horas para cuidados indiretos).

Indicadores de processo sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquadrados pelos conceitos cuidados de enfermagem e pessoa (Intervenções, importância do papel do enfermeiro [relevância dos cuidados], e acessibilidade [tempo de atendimento]).

Indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem, enquadrados pelos conceitos pessoa e saúde (Anos de consumos, comorbilidades, ausência de doença, substâncias consumidas, tempo de programa e reentradas, via de consumo, dose de metadona, relação familiar).

Estes indicadores empíricos poderão ser mobilizados na realidade da prestação de cuidados, para mais efetividade das intervenções, para melhor planeamento e monitorização dos cuidados, e por fim, permitem uma análise em diferentes quadros teóricos em enfermagem.

Enquanto resultados em saúde, a satisfação com os cuidados, a qualidade de vida, a saúde mental e as consequências da dependência de substâncias demonstraram ser sensíveis aos cuidados de enfermagem e são enquadrados pelos quatro conceitos metaparadigmáticos.

Ao estudarmos esta temática foi determinante a reflexão sobre a sua pertinência e atualidade. Socialmente a temática assume hoje menos visibilidade, mas a necessidade de continuidade dos cuidados de saúde é cada vez mais relevante pois persistem milhares de pessoas em acompanhamento na rede pública de atendimento aos problemas de adição, hoje mais centrada nos problemas relacionados com o álcool (IDT, 2012; OEDT, 2012), mas não descurando as necessidades dos consumidores de opiáceos que assumem necessidades em saúde diferenciadas e que não devem ser descuradas pelos agentes que intervêm nesta área de cuidados. Surgem novos consumidores a procurar ajuda e, um fenómeno mais recente, talvez consequência da crise social que a Europa atravessa, a procura de ajuda de pessoas que estiveram alguns anos em abstinência e agora regressam aos serviços a assumir nova recaída.

Dos resultados desta investigação emerge um conjunto de recomendações.

**Recomendação para a clínica:**

- A primeira recomendação para a prestação de cuidados e para a gestão dos serviços, decorre da identificação de indicadores que influenciam e determinam significativamente os cuidados de enfermagem. A aquisição de mais formação, nomeadamente formação de pós licenciatura de especialização em enfermagem de saúde mental, foi um fator associado a práticas de cuidados mais efetivas e mais satisfação com os cuidados de enfermagem.

- Aposta clara na prevenção do consumo de substâncias em populações com idades mais precoces. A amostra expôs a idade de maior risco e assim devemos dirigir esforços para idades antes dos 15.

Identificou-se a relação entre a manutenção do consumo de cannabis naqueles utentes que iniciaram consumos mais precocemente. Estes, os que iniciaram os consumos precocemente, assinalaram maiores consequências da dependência ao longo da vida, frequentemente associadas a mais policonsumo.

- Reflexão sobre as práticas de cuidados com utentes com necessidades específicas relacionadas com as suas comorbilidades. Verificamos que os utentes portadores de doença física, perturbação mental, HIV e doença respiratória, referem menos satisfação com os cuidados de enfermagem. Os portadores de HCV maioritariamente bebem álcool.

- Manutenção e reforço do trabalho em rede com equipas multiprofissionais. Para se atingir um estado de saúde, são necessários muito mais do que técnicos de saúde.

- Monitorização das particularidades face às questões de género pois há diferenças significativas nos resultados obtidos, e as particularidades face às questões familiares, pois os próprios dados, revelam que a instabilidade e problemas nos sistemas familiares impedem estados de melhor bem-estar. As consequências nos processos familiares confirmam estudos anteriores, mas surge neste estudo, a associação entre a satisfação com a qualidade dos cuidados de enfermagem e uma perceção de melhor situação sociofamiliar, ou seja, nas equipas com mais atenção aos processos familiares, os utentes têm mais satisfação com os cuidados.

- Manutenção de equipas especializadas nos cuidados com pessoas adictas. As competências específicas produzem melhores resultados e satisfação com os cuidados.

- Atenção particular às necessidades das pessoas que se encontram com emprego pois, revelam menor satisfação com os cuidados de enfermagem, tendo em conta, a importância do emprego como fator determinante para a melhoria dos resultados em estudo.

- Melhor avaliação e acompanhamento dos utentes com sinais de sofrimento psicológico, pois apresentam resultados significativamente inferiores.

- Por fim uma atenção especial aos dados relacionados com o número de saídas dos programas e as posteriores reentradas. Maior número de reentradas surge associado a menores resultados a todos os níveis (clínicos e funcionais).

A permanência nos programas surge como a recomendação mais importante. É um fator protetor que reforça a necessidade de programas mais flexíveis, que atendam a todas as necessidades, e que consigam mobilizar intervenções adequadas para prevenir o afastamento dos utentes.

### **Recomendação para a investigação:**

- Continuidade de estudos na área da efetividade dos cuidados de enfermagem. As vantagens percebidas com este modelo necessitam de ser comprovadas com mais estudos, com populações em diferentes contextos e com amostras com mais enfermeiros.
- Desenvolvimento de estudos experimentais em que se possam testar e comparar intervenções para as necessidades identificadas neste estudo, nomeadamente, a nível da satisfação com os cuidados de enfermagem e melhoria da perceção individual da saúde mental e melhoria dos processos familiares.
- Pesquisar mais detalhadamente a relação entre alguns indicadores e os resultados obtidos (ex. menor satisfação com os cuidados de enfermagem e menores resultados funcionais nas pessoas com perturbação mental, face aos que assinalaram doença física).
- Desta pesquisa exploratória poderá resultar num instrumento de avaliação compreensiva deste fenómeno que conduza as intervenções de enfermagem.

### **Recomendação para o ensino:**

- Estimular a população universitária para este fenómeno e capacitar para a intervenção na prevenção primária. A população estudantil quando estimulada face a esta problemática pode ser um agente inovador nestas abordagens.
- Aprofundar em termos de conteúdos nos currículos, a prevenção, o tratamento, a reinserção e a redução de riscos e minimização de danos, com pessoas dependentes de substâncias. É essencial, pois além da percentagem de pessoas consumidoras, surge o impacto social e familiar posterior.
- Estimular a atenção às particularidades dos consumidores em termos de género, envelhecimento, comorbilidades.
- Estimular para a importância da saúde mental infantil e os contextos que a vão determinar.
- Preparar para o suporte familiar como promotor de melhor saúde e agente preventivo.

Este estudo tem algumas **limitações**. A principal é a amostra reduzida em termos dos enfermeiros, o que nos leva a analisar cautelosamente alguns dos dados relacionados com esta amostra de participantes. Outra limitação identificada foi a impossibilidade de relacionar com cada utente, as intervenções a que na realidade tem estado sujeito. Os registos não permitem essa análise tão particular. Daí, a necessidade de recolher um conjunto de intervenções que caracteriza a prática de cuidados da equipa.

Finalizando este trabalho, importa a reflexão sobre a interligação entre a teoria e a prática. Consideramos que a prática baseada na evidência é igualmente prática baseada na teoria. A teoria, que se desenvolve com as descobertas da investigação, contribui para aquilo que se designa de enfermagem avançada, por mobilizar a melhor evidência disponível. As vantagens da evidência gerada é a posterior geração de resultados consistentes com as necessidades dos doentes (Pereira, 2007; Fawcett, 2011).

Falamos de **enfermagem avançada** pois este estudo envolve investigação sobre resultados em saúde das pessoas, de acordo com determinado processo de cuidados desenvolvido por enfermeiros. Reconhece-se que os resultados são afetados por fatores relacionados com o doente, com os aspetos relacionais ou de interação de cuidados e com um conjunto de aspetos relacionados com o ambiente ou contexto onde os cuidados são prestados (Amendoeira, 2006).

Sistematizando a) os indicadores de resultado sensíveis aos cuidados de enfermagem são: Anos de consumos, comorbilidades, ausência de doença, substâncias consumidas, tempo de programa, reentradas, via de consumo, dose de metadona, relação familiar; b) os resultados funcionais QV, SM, CDS e a Satisfação com os Cuidados de Enfermagem são sensíveis aos cuidados de enfermagem; c) As intervenções dos enfermeiros e fatores relacionados com as condições de trabalho justificam 29% da variação dos resultados clínicos e funcionais.



## **BIBLIOGRAFIA**

- Aleixo, T., Escoval, A., Fontes, R., & Fonseca, C. (Março de 2011). Indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em lares de idosos. (ESEC, Ed.) *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp. 141-149.
- Alligood, M., & Tomey, A. (2003). Introdução à teoria de enfermagem: história, terminologia e análise. In M. Alligood, & A. Tomey, *Teóricas de enfermagem e sua obra (modelos e teorias de enfermagem)* (pp. 3-14). Loures: Lusociência.
- Almeida, D., & Vieira, C. (2005). Toxicodependência e comorbilidade psiquiátrica - sintomatologia do eixo I e perturbações da personalidade. *Psiquiatria Clínica*. (HUC, Ed.) *Psiquiatria Clínica*.
- Almeida, J. C. (1997). A avaliação das necessidades de cuidados de saúde mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 15 (4), pp. 41-45.
- Almeida, J., & Mourão, B. (2010). Avaliação de programas de prevenção das toxicodependências. *Toxicodependências*, 16 (3), pp. 79-88.
- Almeida, M. H., Faísca, L. M., & Jesus, S. N. (2009). Estrutura factorial da versão portuguesa do job Diagnostic Survey (JDS) - Um estudo confirmatório de validação do instrumento. *Revista de Administração FACES Journal*, 8 (1), pp. 64-86.
- Alves, M. J. (2007). *O serviço de atendimento permanente. Satisfação dos utentes com a assistência de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS, Porto.
- Amaral, A. (2010). A efectividade dos cuidados de enfermagem: Modelos de análise. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 96-105.
- Amaral, A. C. (2010). *Prescrições de Enfermagem em Saúde Mental. mediante a CIPE*. Loures: Lusociência.
- Amendoeira, J. (2006). Enfermagem, Disciplina do Conhecimento. *Sinais Vitais* (67), pp. 19-27.
- Amendoeira, J., Barroso, I., Coelho, T., Santos, I., Godinho, C., Saragoila, F., et al. (2003). *Os instrumentos básicos na construção da disciplina de enfermagem. Expressões e significados*. Investigação, ESE Santarém, GIDEA, Santarém.
- ANA. (2010). *National Database of nursing quality indicators*. (ANA, Editor) Obtido em 15 de Agosto de 2013, de [www.nursingquality.org/default.aspx/](http://www.nursingquality.org/default.aspx/).
- Angel, P., Richard, D., & Valleur, M. (2002). *Toxicomanias*. Lisboa: Climepsi.

- APA, A. P. (2006). *DSM IV-TR Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª revista ed.). Lisboa: Climepsi.
- Arbuckle, J. (2008). *Amos 17 users`guide*. Chicago: SPSS.
- Ashton, M. (2003). *Burgered: quality of life and addiction treatment*. Obtido em 30 de 11 de 2010, de [www.fead.org.uk](http://www.fead.org.uk): <http://www.fead.org.uk/docs/Burgered%20latest.pdf>
- Ashworth, O. (may de 2005). Methadone maintenance treatment as an effective harm minimisation intervention. *Mental health practice* , 8 (8).
- Astal, M., Domingo-Salvany, A., Buenaventura, C., Tato, J., Vasquez, J., & Torrens, M. (2008). Impact of substance dependence and dual diagnosis on the quality of life of heroins users seeking tretment. *Substance use & misuse* (43), pp. 612-632.
- Augé, M. (1998). *Não lugares. Introdução a uma antropologia de sobremodernidade*. Venda Nova: Bertrand.
- Azzolin, K (2011). Efetividade da implementação das intervenções de enfermagem nos resultados esperados de pacientes com insuficiência cardíaca em cuidado domiciliar.
- Bacon, C., & Mark, B. (2009). Organizational effects on patient satisfaction in hospital medical-surgical units. *Journal of Nursing Administration* (39), pp. 220-227.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2013). *III Inquérito Nacional ao consumo de substâncias psicoactivas na população portuguesa 2012*. UNL, CESNOVA – Centro de Estudos de Sociologia. Lisboa: SICAD.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bergeret, J., & Leblanc, J. (1988). *Précis de toxicomanies*. Paris: Mason.
- Beynon, B., McVeigh, J., & Roe, B. (2007). Problematic drug use, ageing and older people: trends in the age of drug users in northwest England. *Ageing and Society* , 27, pp. 799–810.
- Bitar, D., Pereira, L., & Lemos, R. (2006). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: proposta de instrumento de coleta de dados. *Texto e Contexto* .
- Blanken, P., & al., e. (1994). *European addiction severity index europASI: A guide to training and administering europASI interventions*. Obtido em 21 de 11 de 2010, de EuropAsi working group: <http://drugslibrary.stir.ac.uk/documents/europASI-manual.pdf>
- Bolander, V. R. (1998). *Enfermagem Fundamental, Abordagem psicofisiológica* (3ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.

- Borrego, C., Leitão, J., Alves, J., Silva, C., & Palmi, J. (2010). Análise Confirmatória do Questionário de Satisfação do atleta - versão portuguesa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (1), pp. 110-120.
- Bowling, A. (2005). Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *Journal of Public Health*, 27 (3), pp. 271-281.
- Brogly, S., Mercier, C., Bruneau, J., Palepu, A., & Franco, E. (2003). Towards more effective public health programming for injection drug users: development and evaluation of the injection drug user quality of life scale. *Subst Use Misuse* (38), pp. 965-992.
- Burnette, D., & Mui, A. (1994). Determinants of self-report depressive symptoms by frail elderly persons living alone. *Journal of Gerontological social work*, 22 (1-2), pp. 3-18.
- Cabral, M. (2002). *Saúde e doença em Portugal*. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa.
- Calafat, A., Fernández, A., Juan, A., & Becoña, E. (2005). Como el propio consumo de drogas de los mediadores recreativos tiene implicaciones preventivas. *Adicciones*, 17 (2), pp. 145-155.
- Caldeira, S., Chaves, E., Carvalho, E., & Vieira, M. (2012). Validação de diagnósticos de Enfermagem - O modelo diferencial como estratégia. *Revista de Enfermagem da EFPE*, 6 (6), pp. 1141-1145.
- Cardoso, M. J. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador. Programa de intervenção estruturado*. Tese de doutoramento, UCP, ICS.
- Carvalho, J. (2009). Repercussões da patologia adictiva materna no processo de individuação da criança. *Toxicodependências*, 15 (2), pp. 67-74.
- Carvalho, M., Ferreira, T., & Borges, E. (2011). O enfermeiro na redução de riscos e minimização de danos. In ESEP (Ed.). Porto.
- Castillo, I., Póo, M., & Alonso, I. (2004). Valoracion del índice de salud SF-36 aplicado a usuários de programas de metadona. Valores de referencia para la comunidad vasca. *Rev Esp Salud Pública* (78), pp. 609-621.
- Cecílio, L. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na liuta pela integralidade e equidade n aatenção em saúde. In R. Pinheiro, & R. Mattos, *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ.
- Chaves, E. (2008). *Validação do envelhecimento como factor relacionado do diagnóstico de enfermagem memória prejudicada*. Tese de Doutoramento, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

- Clark, P., Leddy, K., Drain, M., & Kaldeberg, D. (2007). State nursing shortages and patient satisfaction: more RNS - better patient experiences. *Journal of Nursing Care Quality* , 22 (2), pp. 119-127.
- Cohen, J. (1960). A coefficient agreement for nominal scales. *Educational Psychology Measures* (20), pp. 37-46.
- Conway, K., Levy, J., & Vanyukov, M. (2010). Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. *Drug and Alcohol Dependence* , 111, pp. 4-12.
- Cook, L., Epperson, L., & al., e. (2005). Determining the need for Gender-Specific Chemical Dependence Treatment: Assessment of Treatment variables. *The American Journal on Addiction* .
- Correia, C. S. (2007). *Adesão e Gestão do regime terapêutico em diabetes tipo 2*. Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta, Lisboa.
- Cotralha, N. R. (2007). *Adaptação psicológica à gravidez em mulheres toxicodependentes*. Lisboa: Dinalivro.
- Cruz, M. (2005). Antes intervir que desviar o olhar - como a redução de riscos se fez incontornável. (I. IDT, Ed.) *Toxicodependências* , 11 (2), pp. 65-72.
- Cruz, O., & Machado, C. (2013). Intervenção no fenómeno das drogas: Algumas reflexões e contributos para a definição de boas práticas. *Psicologia* , XXVII (1), pp. 13-31.
- Day, R., & Gastel, B. (2012). *How to write and publish a Scientific paper* (6ª ed.). Cambridge: Cambridge University Press.
- De Santis, J., Arcia, A., Vermeesch, A., & Gattamorta, K. (2011). Using Structural Equation Modeling to identify predictors of sexual behaviors among hispanic men who have sex with men. *Nursing Clinic N Am* (46), pp. 233-248.
- DGS. (2013). *Plano Nacional de Saúde*. DGS. Lisboa: DGS.
- DGS. (2004). *Programa Nacional de Intervenção Integrada sobre Determinantes da Saúde Relacionados com os Estilos de Vida*. (DGS, Ed.) Obtido em 25 de Agosto de 2013, de [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt): <http://www.dgs.pt/default.aspx?cn=60766101AAAAAAAAAAAAAAAA>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality assurance in Health Care*. New York: Bashshur, R., Oxford University Press.
- Doran, D. I. (2002). *Nursing role effectiveness model: Conceptualizing to theory testing*. Obtido em 14 de Abril de 2011, de stti: [http://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper\\_11238.htm](http://stti.confex.com/stti/sos13/techprogram/paper_11238.htm)
- Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M., & Doidge, D. (April de 2002). An Empirical test os the Nursing Role Effectiveness Model. *Jornal of Advanced Nursing* , 38, pp. 29-39.

- Doran, D. (2011). *Nursing Outcomes, the state of the science* (2ª Edição ed.). Jones & Bartlett Learning LCC.
- Doran, D., Harrison, M., Laschinger, H., Hirdes, J., Rukholm, E., Sidani, S., et al. (2006). Relationship between nursing interventions and outcome achievement in acute care settings. *Research in nursing & health* (29), pp. 61-70.
- Doran, D., Sidani, S., Hall, L., Tourangeau, A., White, P., Harrison, M., et al. (2004). *Collecting data on nursing-sensitive outcomes in different care settings: Can it be done? What are the benefits?* Obtido em 8 de Setembro de 2011, de [www.health.gov.on.ca](http://www.health.gov.on.ca): <http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/hobic/archive/report1.pdf>
- Duffield, C., Diers, D., O'Brien-Pallas, L., Aisbett, C., Roche, M., King, M., et al. (2011). Nursing staffing, nursing workload, the work environment and patient outcomes. *Applied Nursing Research* (24), pp. 244-255.
- Ellis, P. (2013). *Understanding Research for nursing students*. London: Sage.
- EMCDDA. (2008). *EMCDDA*. (OEDT, Editor) Obtido em 20 de Novembro de 2010, de [Europa.eu/drug-situation: http://www.emcdd.europa.eu](http://www.emcdd.europa.eu)
- Escudeiro, R., Lamachã, S., Freitas, A., & Silva, H. (2006). Qualidade de vida e toxicod dependência. *Toxicod dependências*, 12 (3), pp. 65-78.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, & al., e. (2008). *Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence*. Obtido em 20 de 1 de 2010, de Cochrane: [Http://www.cochrane](http://www.cochrane)
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analyses and evaluation of nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Fawcett, J. (2011a). Theory testing and theory evaluation. In J. Butts, & K. Rich, *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice* (pp. 605-623). Jones & Bartlett Learning LCC.
- Fawcett, J. (2011b). Using Theory in Evidence-based Advanced Nursing Practice. In J. Butts, & K. Rich, *Philosophies and Theories for Advanced Nursing Practice*. Jones & Bartlett.
- Fawcett, J., Tulman, L., & Samarel, N. (1995). Enhancing function in life transitions and serious illness. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 1 (3), pp. 50-57.
- Fehring, R. (novembro de 1987). Methods to validate nursing diagnosis. (H. & Lung, Ed.) *The Journal of acute and critical care*, 16 (6), pp. 625-629.
- Feijão, F. (2010). Epidemiologia do consumo de álcool entre os adolescentes escolarizados a nível nacional e nas diferentes regiões geográficas. *Toxicod dependência*, 16 (1), pp. 29-46.
- Fekete, E., Antoni, M., & Schneiderman, N. (2007). Psychological and behavioral interventions for chronic medical conditions. *Current opinion in Psychiatry* (20), pp. 152-157.

- Felizardo, O. (2005). A avaliação da personalidade no CAT de castelo Branco - perfil obtido a partir do mini-mult questionário aplicado aos utentes em programa de metadona. *Toxicodependências*, 11 (3), pp. 25-36.
- Fernandes, L., & Carvalho, M. (2000). Po onde anda o que se oculta: o acesso a mundos sociais de consumidores problemáticos de drogas através do método snowball. *Toxicodependências*, 6 (3), pp. 17-28.
- Fernandes, L., & Ramos, A. (2010). Exclusão social e violências quotidianas em "bairros degradados": etnografia das drogas numa periferia urbana. *Toxicodependências*, 16 (2), pp. 15-27.
- Ferreira, P. (2000). Criação a versão portuguesa do MOS SF-36: Parte I – Adaptação cultural e linguística. *Acta médica portuguesa* (13), pp. 55-66.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, pp. 15-30.
- Ferreira, P., & Santana, P. (2003). Percepção de estado de saúde e de qualidade de vida da população activa: contributo para a definição de normas portuguesas. *Revista portuguesa de saúde pública*, 21 (2), pp. 15-30.
- Figueiredo, M., & Charepe, Z. (2010). Processos adaptativos da família à doença mental: os grupos de ajuda mútua como estratégias de intervenção. (SPESM, Ed.) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (3), pp. 24-30.
- Fleck, M., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovic, E., Vieira, G., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (Whoqol 100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* (21), pp. 19-28.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lisboa, Portugal: Lusodidacta.
- Fosbinder, D. (1994). Patient perceptions of nursing care: An emerging theory of interpersonal competence. *Journal of Advanced Nursing* (20), pp. 1085-1093.
- Fournazier, M., & Siqueira, M. (2006). Consulta de enfermagem a pacientes alcoolistas em um programa de assistência ao alcoolismo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (4), pp. 280-287.
- Fulcher, C., Bagder, T., Gunter, A., Marrs, J., & Reese, J. (2008). Putting evidence into practice: Interventions for depression. *Clinical Journal of Oncology Nursing* (12), pp. 131-141.
- Fuster, D., Cheng, D., Quinn, E., Nunes, D., Saitz, R., Samet, J., et al. (2013). Chronic hepatitis C virus infection is associated with all-cause and liver-related mortality in a cohort of HIV-infected patients with alcohol problems. *Addiction Research Report* (109), pp. 62-70.

Garcia, T. (1998). Modelos metodológicos para validação de diagnósticos de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 11 (3), pp. 24-31.

Gesaworld. (2013). *Avaliação externa Plano Nacional contra a droga e as toxicodependências*. Lisboa: SICAD.

Gfroerer, J., Penne, M., Pemberton, M., & Folsom, R. (2003). Substance abuse treatment need among older adults in 2010: the impact of aging bay-boom cohort. (Elsevier, Ed.) *Drug and Alcohol Dependence*, 69 (2), pp. 127-135.

Gillet, N., Colombat, P., Michinov, E., Pronost, A., & Fouquereau, E. (2013). Procedural justice, supervisor autonomy support, work satisfaction, organizational identification and job performance: the mediating role of need satisfaction and perceived support. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), pp. 2560-2571.

Go, F., Dykeman, M., Santos, J., & Muxlow, J. (2011). Supporting clients on methadone maintenance. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* (18), pp. 17-27.

Gomes, B. (2008). *Enfermagem de reabilitação. Um contributo para a satisfação do utente*. Tese de doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS.

Gomes, F., Bastos, M., Batista, J., & Meléndez, G. (Abril/Junho de 2013). Análise da concordância da avaliação de estadiamento de úlcera por pressão. *Revista Mineira de Enfermagem*, 17 (2), pp. 250-253.

Grove, S., Burns, N., & Gray, J. (2013). *Practice of nursing research* (6ª ed.). St. Louis: Elsevier.

Guadalupe, S. (2008). *A saúde mental e o apoio social na família do doente oncológico*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, Porto.

Guillén, R., & Nascimento, L. (2010). Consumo de drogas en los jovens de la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista latino americana de Enfermagem*.

Hall, L. M., & Doran, D. I. (2001). *A study of the impact of nursing staff mix models and organizational change strategies on patient, system and nurse outcomes*. Canadian Health Services Research Foundation, Toronto.

Hall, L. M., Doran, D., & Pink, G. H. (January de 2004). Nurse staffing models, nursing hours, and patient safety outcomes. *JONA*, 34.

Hartz, S., Pato, C., & Medeiros, H. (2014). Comorbidity of severe psychotic disorders with measures of substance use. *Jama Psychiatric* (doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.3726.).

- Head, B., Aquilino, M., Johnson, M., Reed, M., Maas, M., & Moorhead, S. (2004). Content validity and nursing sensitivity of community-level outcomes from the Nursing Outcomes Classification (NOC). *Journal of Nursing Scholar*, 36 (3), pp. 251-259.
- Henriques, E., & Gaspar, F. (2010). Eficácia de um programa de Enfermagem na gestão de sintomas e na adesão à terapêutica anti-retrovírica da pessoa adulta com infecção VIH/SIDA. (UI&DE, Ed.) *Pensar Enfermagem*, 2, pp. 30-38.
- Heredia, L., & Marziale, M. (Maio-Jun de 2010). Professionals in drug outpatient care centers in the city of Bogota, Colombia. *Revista latino americana de enfermagem*, 18, pp. 573-581.
- Hilton, P. (1997). Theoretical perspectives of nursing. A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* (26), pp. 1211-1220.
- Holmes, C., & Warelou, P. (1997). Culture, needs and nursing: critical theory approach. *Journal of advanced Nursing*.
- Holsbach, I. (2009). *Validação de resultados de enfermagem para o diagnóstico dor aguda*. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Horta, W. (1979). *Processo de Enfermagem*. São Paulo: Pedagógica.
- Hoy, D., & Hardiker, N. (1999). Representing nursing: The puzzle of language and classification. *St Heal* (61), pp. 66-74.
- Huble, A., & Palepu, A. (2007). Injection Drug User Quality of Life Scale (IDUQOL): findings from a content validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5 (46), pp. 1-13.
- Huble, A., Russell, L., & Palepu, A. (2005). Injection Drug Use Quality of Life scale (IDUQOL): A validation study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 3 (43).
- ICN. (2011). *CIPE 2 - Classificação internacional para a prática de enfermagem*. OE.
- IDT. (2012). *Relatório Anual • 2011 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. Departamento de monitorização e estatística. Lisboa: IDT,IP.
- IDT, I. P. (2010). *Relatório Anual • 2009 - A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*. IDT, Departamento de Monitorização, Formação e Relações Internacionais - Núcleo de Estatística / Núcleo de Publicações e Documentação. Lisboa: Instituto da Droga e da Toxicodependência, I. P.
- INE, I. N. (2006). *4º Inquérito Nacional de Saúde*. Avaliação de Saúde, Portugal, INE, Lisboa.
- Irvine, D., Souraya, S., & Hall, L. (Março-Abril de 1998). Linking Outcomes to nurses`roles in health care. *Nursing Economics*, 2, pp. 58-64.

- Jack, K., Willott, S., Manners, J., Varnan, M., & Thompson, B. (2008). Clinical trial: a primary-care-based model for the delivery of anti-viral treatment to injecting drug users infected with hepatitis C. (Blackwell, Ed.) *Alimentary Pharmacology & Therapeutics* (29), pp. 38-45.
- Johnson, M., Mass, M., & Moorhead, S. (2004). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (2ª ed.). (R. Garcez, Trad.) Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Joseph, A. M. (Jan-Fev de 2007). The impact of nursing on patient and organizational outcomes. *Nursing economics* , 25 (1), pp. 30-34.
- Kahn, J. (2006). Factor analysis in counseling psychology research, training, and practice: Principles, advances, and applications. *The Counseling Psychologist* (34), pp. 684-718.
- Kaldenberg, D., & Regrut, B. (1999). Do satisfied patients depend on satisfied employees? Or, do satisfied employees depend on satisfied patients? *The satisfaction report newsletter* , 3, pp. 1-4.
- Kaplan, R. (1989). Health outcome models for policy analysis. *Health Psychology* (8), pp. 723-735.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1996). *la pensée Infirmière. Conceptions et stratégies*. Quebec: Maloine.
- Kilian, R., Losert, C., Park, A., McDaid, D., & Knapp, M. (2010). Cost-Effectiveness Analysis in Child and Adolescent Mental Health Problems: An Updated Review of Literature. *International Journal of Mental Health Promotion* , 12 (4), pp. 45-57.
- Kilpatrick, K., Tremblay, M., Lamothe, L., Ritchie, J., & Doran, D. (2013). Conceptual frame work of acute care nurse practitioner role enactment boundary work, and perception of team effectiveness. *Journal of advanced nursing* , 69 (1).
- Lahtinen, E., Lehtinen, V., Riikonen, E., & Ahonen, J. (1999). *National Research and Development Center for Welfare and Health*. Obtido em 8 de Dezembro de 2013, de Stakes: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1996/promotion/fp\\_promotion\\_1996\\_frep\\_15\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1996/promotion/fp_promotion_1996_frep_15_en.pdf)
- Leal, C. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de mestrado, Universidade dos Açores.
- Levy, J., & Anderson, T. (2005). The drug career of the older injector. *Addiction research and theory* , 13 (3), pp. 245-258.
- Lopes, J. (2010). O aconselhamento como cuidado de enfermagem numa equipa de tratamento. *Toxicodependências* , 16 (1), pp. 65-77.
- Lopes, J. O. (2012). *Ser cuidado por um enfermeiro gestor de caso. A experiência vivida da pessoa com problemas de adição*. Universidade de Lisboa. UL.

- Lopes, M. (2006). *A relação enfermeiro-utente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance*. Coimbra: Formasau.
- Lopes, M. (2001). *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações* (2ª ed.). Lisboa: APE.
- Loureiro, L., Ferreira, R., & Fernandes, I. (2010). Inventário de comportamentos de cuidar. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1 (21), pp. 18-27.
- Loureiro, L., Gameiro, M. (2011). Interpretação crítica dos resultados estatísticos: para lá da significância estatística. *Referência*, 3 (3), pp.151-162.
- Lynn, M., McMillen, B., & Sidani, S. (2007). Understanding and measuring patients assessment of the quality of nursing care. *Nursing Research* (56), pp. 159-166.
- Machado, H., & Franco, M. (1994). Relação de ajuda ao toxicodependente. In L. Patrício, *Colectânea de textos*. Lisboa: Cat taipas.
- Machado, P., & Klein, J. (2005). Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. (U. d. Centro de Investigação em Psicologia, Ed.) *Psicologia: Teoria, investigação e prática*, 1, pp. 19-29.
- Macnee, C., & McCabe, S. (2008). *Understanding nursing research: reading and using research in evidence-based practice* (2ª ed.). London: Kluwer/Lippicott Williams Wilkins.
- Magalhães, D., & Silva, M. (2010). Cuidados requeridos por usuários de crack internados em uma instituição hospitalar. *Revista Mineira de Enfermagem*, 14 (3), pp. 408-415.
- Mahon, P. (1996). An analyses of the concept patient satisfaction as it relates to contemporary nursing. *Journal of Advanced Nursing* (24), pp. 1241-1248.
- Marcellin, P., & Laurenceau, T. (2004). *120 Perguntas sobre Hepatite C* (1ª ed.). (S. Moody, Trad.) Quimera.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais, fundamentos teóricos, software e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber Lda.
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (5ª edição ed.). Pero Pinheiro: Report Number.
- Matoso, M. A. (2005). *Valores Sociais e percurso terapêutico de famílias de toxicodependes*. Tese de Mestrado, ISCTE, Lisboa.
- McIntyre, T., & Silva, N. (1999). *Estudo aprofundado da satisfação dos utilizadores dos serviços de saúde na região norte*. Adminisração Regional de Saúde, Porto.
- Mclellan, A., & al., e. (1992). The fifth edition of the addiction severity index. *Journal of substance abuse treatment* (9), pp. 199-213.

- Meleis, A. (1991). *Theoretical Nursing: Development and progress* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Meleis, A. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Melo, R. (2004). A cidade como cenário de prevenção. A cidade de cada um - convite para um passeio por lugares e não lugares. *Toxicodependência*, 10 (2), pp. 3-12.
- Melo, R., Andrade, P., Sampaio, M., & GIES. (2010). Intervenção em contexto festivo no ensino superior. *Toxicodependências*, 16 (1), pp. 15-28.
- Michael, Y., Berkman, L., Colditz, G., Holmes, M., & Kawachi, I. (2002). Social networks and health-related quality of life in best cancer survivors: A prospective study. *Journal of Psychosomatic Research* (52), pp. 285-293.
- Miguel, N. (1994). A toxicodependência na perspectiva médica. (SPTT, Ed.) *Colectânea de textos. CAT das Taipas*, VI.
- Miguel, N. (1999). O toxicodependente: uma pessoa entre duas ligações. In L. Patrício, & F. Nascimento, *Colectânea de textos Taipas* (pp. 114-121). Lisboa: Cat taipas.
- Mistral, W., & Hollingworth, M. (2001). The Supervised Methadone and Resettlement Team nurse: an effective approach with opiate-dependent. *International Nursing Review*, 48, pp. 122-128.
- Monteiro, S. (2009). *Gestão da Qualidade de vida da pessoa com tuberculose pulmonar*. Dissertação de mestrado, UTMAD.
- Moorhead, S., Johnson, M., & Maas, M. (2008). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)*. Porto Alegre: Artmed.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M., & Sawson, E. (2010). *Classificação dos resultados de enfermagem (NOC)* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Morais, P. (2010). *Avaliação da qualidade de vida e esperança em toxicodependentes infectados e não infectados com VIH*. Dissertação de mestrado, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Porto.
- Morales-Manrique, C., Valderrana, Z., Castellano-Gómez, M., Benavent, R., & Palepu, A. (2007). Cross cultural adaptation of the Injection Drug User Quality Of Life Scale (IDUQOL) in Spanish drug dependent population, with or without injectable consumption: Drug User Quality of Life Scale-Spanish (DUQOL-Spanish). *Addictive Behaviors* (32), pp. 1913-21.
- Mrayyan, M. (2006). Jordanian nurses`job satisfaction, patients` satisfaction and quality of nursing care. *International nursing review* (53), pp. 224-230.

- Murcho, N., & Pereira, P. (Fevereiro de 2011). A qualidade de vida dos doentes toxicodependentes em programas de substituição com metadona no Algarve: Um estudo comparativo da sua situação em 2003 e 2008. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 57-64.
- Negrão, R., & Seabra, P. (2007). Dificuldades de aprendizagem em crianças e adolescentes filhos de toxicodependentes. *Toxicodependências*, 13 (2), pp. 41-54.
- Neto, D. (1996). *Tratamento combinado e por etapas de heroíno-dependentes. Características e evolução de uma amostra*. Lisboa: Universitária.
- Neto, E., Coutinho, E., Coelho, F., & Cadete, J. (2009). Manual de Boas Práticas de Enfermagem. *Manual de Boas Práticas de Enfermagem do IDT, I.P., Versão 01 (Manual de boas práticas)*. Lisboa: IDT.
- Nunes, L. (2001). Direitos humanos e necessidades em cuidados. (OE, Ed.) *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 4, pp. 14-17.
- Nyamathi, A., Nandy, K., Greengold, B., & al., e. (2010b). Effectiveness of Intervention on Improvement of Drug. *Journal of Addictive Diseases*, 30 (1), pp. 6-16.
- Nyamathi, A., Shoptaw, S., Cohen, A., & al., e. (2010a). Effect of motivational interviewing on reduction alcohol use. *Drug and Alcohol Dependence* (107), pp. 23-30.
- OE. (2010). *Áreas Prioritárias para a Investigação em Enfermagem*. Lisboa: OE.
- OE. (4 de Setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. *Diário da República*, Decreto Lei nº 161/96.
- OE, C. d. (2002). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- OEDT. (2012). Relatório anual 2012. A evolução do fenómeno da droga na Europa.
- Oliveira, S., Monteiro, L., Freixo, T., & Venâncio, A. (2010). Interações medicamentosas entre a metadona e os anti-retrovirais. *Toxicodependências*, 16 (3), pp. 59-66.
- Ontario., R. n. (2009). *Supporting clients on methadone maintenance treatment - Clinical best practice guidelines*.
- Pacheco, J., Murcho, N., & Jesus, S. (2005). Escala de avaliação da qualidade de vida nos consumidores de substâncias em programa de substituição com metadona. In M. Palomo, Á. Carreño, & I. P. Huelva (Ed.), *Prevenção das toxicodependências - 1º congresso ibérico Stopdrogas* (pp. 135 -146). Beja.
- Palepu, A., Hubley, A., Russell, L., & Brogly, S. (2005). Drug User Quality of Life Scale - 1 (DUQOL-1) Administration and scoring manual.

- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual*. Open University Press.
- Palletier, K. (2005). A Review and Analysis of the Clinical and Cost-Effectiveness Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Management Programs at the Worksite: Update VI 2000–2004. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* , 47 (10), pp. 1051-1058.
- Paschoal, M. (2004). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia a sua opinião*. Dissertação de mestrado, Universidade de São Paulo, Faculdade de medicina, São Paulo.
- Passos, S., & Camacho, L. (1998). Características da clientela de um centro de tratamento para dependência de drogas. *Revista de saúde Pública* .
- Patrício, L. (2002). *Droga para que se saiba*. Lisboa: Figueirinhas.
- Patrício, L. (1997). *face à droga como rea(gir)*. Lisboa: Edições SPTT.
- Pereira, F. S. (2007). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros. Estudo empírico sobre um Resumo Mínimo de Dados de Enfermagem*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, Porto.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS (4ª edição ed.)*. Lisboa: Sílabo.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). Generalization in quantitative and qualitative research. (Elsevier, Ed.) *International Journal of Nursing Studies* , pp. 1451-1458.
- Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem (5ª ed.)*. Porto Alegre: Artmed.
- Polonsky, W. (2000). Understanding and assessing diabetes-specific quality of life. *Diabetes Spectrum* (13), pp. 36-41.
- Portugal, M. d. (2007). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007 -2016*. Comissão nacional para a reestruturação dos serviços de saúde mental.
- Pringle, D., & Doran, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. In d. Doran, *Nursing-sensitives outcomes: State of th science (2ª ed.)*. Sudbury: Jones & Bartlett Learning.
- Reis, S. (2011). *Impacto do cuidado no cuidador informal. Estudo sobre o impacte na vida pessoal, profissional e socioeconómico do cuidado no cuidador informal de idosos em serviço de apoiodomiliário e centro de dia*. Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga.
- Reishtein, J. (2005). Relationship between symptoms and funcional performance in COPD. *Rsearch in Nursing & Health* , 28 (1), pp. 39-47.

- Ribeiro, A. L. (2005). O percurso de construção e validação de um instrumento para a avaliação da satisfação dos utentes em relação aos cuidados de Enfermagem. *Revista da Ordem dos Enfermeiros* (15), pp. 53-60.
- Ribeiro, A. L. (2003). *Satisfação dos utentes com os cuidados de Enfermagem. Construção e validação de um instrumento de medida*. Dissertação para provas públicas para professor coordenador, Escola Superior de Enfermagem de S.João, Porto.
- Ribeiro, J. L. (2011). *Inventário de Saúde Mental* (1ª Edição ed.). Lisboa: Placebo.
- Ribeiro, J. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia da saúde* (1ª Edição ed.). Lisboa: Climepsi.
- Ribeiro, J. P. (2001). Mental health inventory: Um estudo de adaptação á população Portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças* , 2 (1), pp. 77-99.
- Ribeiro, J. P., & Antunes, S. (2003). Contribuição para o estudo de adaptação do questionário de saúde geral de 28 itens. *Revista Portuguesa de psicossomática* , 5 (1), pp. 37-45.
- Richmond, T., McCorkle, R., Tulman, L., & Fawcett, J. (1997). Measuring Function. In M. Stromborg, & J. Olsen, *Instruments for clinical health care research* (2ª ed.). Jones & Bartlett.
- Rodrigues, S. (2006). Reflexões sobre a qualidade de vida e tratamento de manutenção com metadona. (I. IDT, Ed.) *Toxicodependências* , 12 (1), pp. 55-62.
- Roe, B., & Beynon, C. (2010). Experiences of drug use and ageing: health, quality of life, relationship and service implications. *Journal of Advanced Nursing*. 66(9) , 9, pp. 1968-1979.
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo de Enfermagem* (3ª ed.). Alfragide: McGraw-Hill.
- Rosa, J., & Basto, M. L. (2009). Necessidades e necessidade. Revisitando o seu uso em Enfermagem. *Pensar Enfermagem* .
- Ross, D., Lo, F., McKim, R., & Allan, M. (2008). A Primary Care/Multidisciplinary Harm Reduction. Clinic Including Opiate Bridging. *Substance Use & Misuse* (43), pp. 1631-1642.
- Roy, C. (1988). An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly* , 1 (1), pp. 26-34.
- Roy, C., & Andrews, H. (1999). *The Roy adaptation Model: the definitive statement*. Norwalk: Appleton and Lange.
- Sá, L. (2008). *O aassédio moral e o burnout na saúde mental dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento, Univ Porto, ICBAS, Porto.
- Sá, L. (2010). Saúde Mental versus Doença Mental. In C. Sequeira, & L. Sá, *Do diagnóstico à intervenção em saúde mental* (pp. 15-18). Porto: SPESM.

- Santana, P., Alves, P., Couceiro, L., & Andreozzi, V. (2008). *Saúde mental em Portugal continental*. Obtido em 15 de 12 de 2012, de <http://www.acs.min-saude.pt>: <http://www.acs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2008/04/pnsemfoco1.pdf>
- Saragoila, M. (2007). *Ser enfermeiro comas pessoas. Perspetivas de enfermagem em enfermeiros recém licenciados*. Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS.
- Schneider, J., Barcaukas, V., & Keenan, G. (2008). Evaluating Home Health Care Nursing Outcomes With OASIS and NOC. *Journal of Nursing Scholarship* , 40 (1), pp. 76-82.
- Schumaker, S., Ellis, S., & Naughton, M. (1997). Assessing health related quality of life in hiv disease. Key mesurement issues. *Quality of life research* (1), pp. 475-480.
- Scott, L., Kline, K., & Britton, A. (2004). The effects of nursing interventions to enhance menthal health and quality of life among individuals with hearth failure. *Applied Nursing Research* (17), pp. 487-492.
- Scott, P., Hofmeister, N., Rogness, N., & Rogers, A. (2010). An interventional approach for patients and nursing safety: A fatigue countmeasures feasibility study. *Nursing Research* , 59 (4), pp. 250-258.
- Seabra, P. (2005). Cuidar num CAT. O trabalho desenvolvido por um enfermeiro, numa equipa de um programa de substituição opiácea. (IDT, Ed.) *Toxicodependências* , 11 (2), pp. 57-64.
- Seabra, P., & Sá, L. (Julho de 2011). Factores determinantes para as necessidades em saúde das pessoas consumidoras de drogas. Uma revisão bibliográfica. (SPESM, Ed.) *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (5).
- Seabra, P., & Sá, L. (Março de 2011). *Percepção dos Enfermeiros sobre as necessidades dos consumidores de drogas*. Obtido em 3 de Agosto de 2011, de [WWW.ics.porto.ucp.pt](http://WWW.ics.porto.ucp.pt): <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/4199>
- Seabra, P., & Sá, L. (2012). Um olhar para a perceção dos enfermeiros sobre as necessidades em saúde dos consumidores de drogas. (I. e. saúde, Ed.) *Nursing* , 24 (Pesquisa).
- Seabra, P., Amendoeira, J., & Sá, L. (2013). Qualidade de vida e saúde mental em consumidores de drogas. Que relação? *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (9), pp. 21-28.
- Seabra, P., Negrão, R., Barbosa, S., & Massano, S. (2010). Programa de redução de riscos e minimização de danos em Torres Vedras – Avaliação e reflexões. (IDT, Ed.) *Toxicodependências* , 2, pp. 79-86.
- Seabra, P., Sá, L., & Amendoeira, J. (Jul/Set de 2013). Consequences of Substance Addiction: a contribution to the validation of NOC outcomes. *Rev Min Enferm. 2013 j DOI: 10.5935/1415-2762.20130049 ul/set; 17(3): 673-679* , 17 (3), pp. 673-679.

- Seabra, P., Santos, A., Garcia, L., Amendoeira, J., & Sá, L. (Outubro de 2013). "Qualidade de vida e Saúde Mental em mulheres consumidoras de drogas". *Referências*, III (10), p. 204.
- Seganfredo, D., & Almeida, D. (2011). Nursing outcomes content validation according to Nursing Outcomes Classification (NOC) for clinical, surgical and critical patients. *Revista latino-Americana de Enfermagem*, 19 (1), pp. 34-41.
- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Cad de saúde pública*, 20 (2), pp. 580-588.
- Sengin, K. (2001). *The relationship between job satisfaction of registered nurses and patient satisfaction with nursing care in acute care hospitals*. Tese de doutoramento, University of Pennsylvania.
- Sequeira, A. (2006). *Pesquisa das necessidades dos utentes em tratamento com metadona, utilizadores de um programa de baixo limiar*. Monografia de Licenciatura, ESS Setúbal, Setúbal.
- Sequeira, A., & Lopes, J. (2009). Gestão de cuidados de enfermagem para uma assistência efectiva e integrada à pessoa com toxicodependência. (IDT, Ed.) *Toxicodependências*, 15 (1), pp. 67-76.
- Sidani, S., & Braden, C. (1997). *Evaluating nursing interventions. A theory-driven approach*. Sage: Thousand Oaks.
- Sidell, N. (1997). Adult adjustment to chronic illness: A review of the literature. *Health and Social Work* (22), pp. 5-11.
- Sónia, G. (2008). *A saúde mental e o apoio na família do doente oncológico*. Tese de Doutoramento, Universidade do Porto, ICBAS, Porto.
- Sousa, M., Peixoto, M., & Martins, T. (2008). Satisfação do doente diabético com os cuidados de enfermagem: influência na adesão ao regime terapêutico. *Referências*, II (8), pp. 59-67.
- Stakes. (2008). <http://www.sppsm.org/cms/wp-content/uploads/2012/09/Manual-Construir-Boa-Sa%C3%BAde-Mental.pdf>. Obtido em 15 de Janeiro de 2014, de Projecto Monitoring Positive Mental Health Environments.
- Takayanagi, Y., Spira, A., Roth, K., Gallo, J., & Motjabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders. *Jama Psychiatry* (1).
- Tervo-Heikkinen, T., Partanen, P., Aalto, P., & Julkunen, K. (2008). Patient satisfaction as a positive nursing outcome. *Journal of Nursing Care Quality*, 23 (1), pp. 58-65.
- Tomey, A., & Alligod, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra. Modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed.). Loures: Lusociência.

- Torrens, M. (2008). Quality of life as a means of assessing outcome in opioid dependence treatment. (Pacini, Ed.) *Heroin addiction & related clinical problems*, 12 (1), pp. 33-36.
- Trigueiros, L., & Carvalho, M. C. (2010). Novos usos de drogas: Um estudo qualitativo a partir de trajetórias de vida. 16 (3), pp. 29-44.
- Tung, Y., Cooke, M., & Moyle, W. (2013). A theoretical model of efficacy beliefs, functional status and quality of life for older people during rehabilitation: testing causal relationships. (2019, Ed.) *Journal of advanced nursing*, 69 (9), p. 2008.
- Vellone, E., Riegel, B., D'Agostino, F., Fida, R., Rocco, G., Coccchieri, A., et al. (2013). Structural equation model testing the situation-specific theory of heart failure self-care. *Journal of Advanced Nursing*, 69 (11), pp. 2481-2492.
- Venâncio, S., & Ribeiro, S. (2008). *Intervenções dos enfermeiros face às necessidades de saúde do cliente nos centros de atendimento a toxicodependentes na DRLVT*. Monografia, Universidade Atlântica.
- Vieira, M. (2002). Direitos e necessidades dos cidadãos em cuidados de enfermagem. (OE, Ed.) *Revista Ordem dos Enfermeiros* (5), pp. 11-13.
- Wagner, D., & Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (3), pp. 692-701.
- Walker, L., & Avant, K. (2005). *Strategies for theory construction in nursing* (4ª ed.). New Jersey: Pearson, Upper Saddle River.
- Wang, T. (2004). Concept analysis of functional status. *International Journal of Nursing Studies* (41), pp. 457-462.
- Warrens, M. J. (2010). Inequalities between multi-rater kappas. *Adv Data Anal Classif*, 4, pp. 271-286.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Watson, J. (1985). *Nursing: Human Sciences and human care. a theory of nursing*. Norwalk, Connecticut, USA: Applenton-Century-Crofts.
- Weisman, C. S. (1992). *Nursing Practice Models: Research on Patient Outcomes*. Obtido em 1 de Agosto de 2011, de [www.ninr.nih.gov](http://www.ninr.nih.gov):  
<http://www.ninr.nih.gov/NR/rdonlyres/B3322AAC-2C54-4309-BE83-E09AAD41D1AB/4738/NursingPracticeModels.pdf>
- Wheaton, B. (1987). Assessment of fit in overidentified models with latent variables. *Sociological Methods and Research* (16), pp. 118-154.

- White, P., Pringle, D., Doran, D., & Hall, L. (November de 2005). The nursing and health outcomes project. (C. N. Association, Ed.) *Canadien Nurse* , 101 (9), pp. 15-18.
- WHO. (2007). *Atlas: Nurses in Mental Health*. Genève: WHO.
- WHO. (1997). *Classificação de trasntornos mentais e de comportamentos do CID 10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WHO. (1996). *Health interview surveys: towards international harmonization of methods and instruments*. WHO. Copenhagen: WHO regional publications european series.
- WHO. (2001). *Relatório sobre a saúde no mundo 2001. Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança*. Genève: OMS.
- WHOQOL. (1995). *The World health organization quality life assessment: position paper from the WHO*. . WHOQOL Group, Social Sciences and Medicine.
- Wilson, K., Macintosh, J., & Getty, G. (2007). Tapping a tie: sucessful partnerships in managing addictios with methadone. *Issues en mental health nursing* (28), pp. 977-996.
- Wood, M., & Ross-Kerr, J. (2011). *Basic steps in plannning nursing research* (6ª ed.). Sudbury: Jones and bartlett.
- Xavier, M., & Almeida, J. C. (2002). Avaliação das necessidades de cuidados de indivíduos com esquizofrenia em Portugal: estudo comparativo multicêntrico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* (2).
- Xiao, L., Wu, Z., Luo, W., & Wei, X. (2010). Quality of life outpatients in methadone maintenance. *J Acquir Immune Defic Syndr* (53).
- Yellen, E., Davis, G., & Ricard, R. (2002). The measurment of job satisfation. *Journal of Nursing Care Quality* , 16 (4), pp. 23-29.
- Young, W., Minnick, A., & Marcantonio, R. (2006). How wide is the gap in defining quality care? Comparison of patient and nurse perception of important aspects of patient care. *Journal of Nursing Administration* (26), pp. 15-20.
- Young, W., Minnick, A., & Marcantonio, R. (1996). How wide is the gap in defining quality care? Comparison of patient and nurseperceptions of important aspects of patient care. *Journal of Nursing Administration* (26), pp. 15-20.
- Zubaran, C., Emerson, J., Sud, R., Zolfaghari, E., & Foresti, K. (2012). The application of the drug user quality of life scale (DUQOL) in Australia. *Health and Quality of Life Outcomes* , 10 (31).

## ***Anexos***



## *Anexo I - Cronograma*







## ***Anexo II – Salvaguarda dos aspetos éticos***





## Parecer

A Comissão de Ética do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, na sua reunião plenária do dia 23 de Maio de 2012 procedeu à análise, numa perspectiva ética, do pedido de parecer sobre o projecto de tese de Doutoramento em Enfermagem denominado “Os resultados em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, em pessoas dependentes de drogas, integradas num programa de manutenção opiácea com metadona”, de Paulo Seabra. A avaliação científica do projecto, por não ser da sua competência, não foi sujeita à apreciação desta Comissão.

O presente estudo aplica escalas e questionários já usados em outros contextos, que visam avaliar o grau de satisfação de utentes e, eventualmente, resultados de tratamentos em que intervêm profissionais de enfermagem.

Não se identificam prejuízos para a saúde dos doentes ou para o seu acompanhamento terapêutico com a aplicação de inquéritos, respondidos de forma voluntária, com salvaguarda de confidencialidade de dados.

Uma vez que o autor do projecto refere que o título da tese é provisório, sugere-se que, no definitivo, seja usada maior clareza para melhor alcance do seu objecto.

A Comissão de Ética, por unanimidade, considerou não existirem objecções de natureza ética à aprovação deste projecto.

---

Dra Paula Martinho da Silva  
(Presidente da Comissão)



### FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO - Utentes

**Tema de investigação:** Resultados em Saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, em pessoas consumidoras de drogas, integradas num programa de metadona.

**Investigador:** Mestre - Paulo Seabra

Este estudo pretende:

- Estudar a relação entre vários fatores, com os resultados em saúde obtidos pelas pessoas consumidoras de drogas.
- Avaliar a qualidade de vida, as consequências da dependência de substâncias e a saúde mental, enquanto resultados em saúde.
- Melhorar o atendimento dos enfermeiros.
- Contribuir para a melhoria das respostas das equipas de saúde, às pessoas dependentes de drogas

A sua participação no estudo é voluntária.

Os dados obtidos serão utilizados para efeitos académicos e científicos.

Toda a informação recolhida é sigilosa e tratada de forma confidencial.

Todo o material será codificado, tal como o seu nome. Nenhuma informação será dada ou publicada que permita a sua identificação.

Poderá aceder a estes resultados no final do trabalho concluído, pois será disponibilizada neste centro, um relatório da investigação ou contactando o investigador para o nº 214269770, Universidade Católica.

Não há desvantagens em participar. O seu contributo que pretendemos obter através do preenchimento de um formulário, é essencial para melhor conhecermos os resultados em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem e melhorar as respostas das equipas de tratamento.

Este estudo terá a orientação do Prof. Doutor Luís Sá e a co-orientação do Prof. Doutor José Amendoeira, da Universidade Católica e está inserido num programa de Doutoramento em Enfermagem.

Se concordar em participar neste estudo por favor assine no espaço abaixo e obrigado por aceitar dar a sua importante contribuição para este estudo.

Eu \_\_\_\_\_, tomei conhecimento do objectivo do estudo e do que tenho de fazer para participar no estudo. Fui esclarecido sobre todos os aspectos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar participar e que a minha recusa em fazê-lo, ou abandono, não terá consequências para mim. Assim declaro que aceito participar na investigação.

Assinatura \_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_



**RE: Autorização para utilização de instrumento**

Remetente [Nuno Murcho](#)

Para [pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt)

Data 2011-11-15 08:37

Mensagem 499 de 759 <>

Caro Paulo Seabra,




Quando elaboramos e validamos instrumentos, um dos objetivos é disponibilizar à comunidade científica ferramentas que se possam adequar às diferentes pesquisas bem como ao trabalho técnico. Posto isto, é com agrado que entendo a sua solicitação estando desde já autorizado a utilizar este instrumento.

Penso que já lhe disponibilizei a escala que me pede, bem como a literatura de apoio. Contudo caso ainda não tenha feito, diga-me que lhe envio.

Com os votos de bom trabalho, e  
Com os melhores cumprimentos

Nuno Murcho  
Instituto da Droga e da Toxicodependência, IP.  
Director do Centro de Respostas Integradas do Algarve  
Rua Dr. Cândido Guerreiro, 33, 8000-320 Faro  
Telefone: 289 006 800; Fax: 289 006 828  
Mail: [nuno.murcho@idt.min-saude.pt](mailto:nuno.murcho@idt.min-saude.pt)  
(texto escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico)

**Re: Pedido de autorização de instrumento**

Remetente [José Luis Pais Ribeiro](#)   
Para [pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt)   
Responder para [jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)   
Data 2011-11-15 09:07  
Prioridade Normal

Mensagem 498 de 759 < >

Autorizo a utilização do questionário pedido.

José Luis Pais Ribeiro

[jlpr@fpce.up.pt](mailto:jlpr@fpce.up.pt)

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

Exmo. Sr. Professor José Luís Pais Ribeiro

As minhas desculpas por mais uma vez estar a incomodar.

Há meses atrás, solicitei a sua autorização e opinião para utilização do GHQ28 no meu estudo de doutoramento, o que mais uma vez agradeço.



No entanto, na realização do estudo preliminar decidi reajustar os objetivos do estudo e centra-lo noutra perspectiva e verifiquei a necessidade de incluir instrumentos com menos itens.

Venho assim, solicitar a sua autorização para a utilização do MHI 5 (2001).

Os meus melhores cumprimentos.

Paulo Seabra

**Re: Pedido de autorização de utilização de instrumento]**



Remetente [Ana Leonor](#)   
Para [pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt)   
Data 2011-11-22 09:15  
Prioridade Normal

Bom dia Paulo Seabra,  
Face ao solicitado, envio em anexo o exemplar relativo ao Formulário de Avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem no CS (SUCECS). Este instrumento foi validado em utentes utilizadores dos CS de uma ULS do norte do país.  
Envio em anexo alguns documentos que podem ser úteis.

Sem mais  
Ana Leonor Ribeiro

Ana Leonor Alves Ribeiro - Professora Coordenadora

Escola Superior de Enfermagem do Porto  
Rua Dr. Antonio Bernardino de Almeida  
4200-072 Porto

Remetente [Ana Leonor](#)   
Para [pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt)   
Data 2012-01-02 11:11  
Olá Bom dia Paulo

Fico contente que o formulário vá de encontro às questões que pretende avaliar.  
Acho que as alterações que sugere está adequado ao tipo de contexto e portanto não há qualquer problema.

Sem mais,  
Ana Leonor Ribeiro

Muito bom dia

Bom ano para si.

Agradeço mais uma vez os seus contributos e o artigo que me enviou.



Consultei várias referências que me indicou, e estou decidido a utilizar o seu questionário. Os factores que ele avalia ajudam a responder as minhas questões.

Como os meus utentes não se inserem num Centro de saúde (CS) posso alterar no meu questionário a referencia ao contexto para Equipa de tratamento "ET"?

Os melhores cumprimentos

Paulo Seabra

**Re: Pedido de autorização de instrumento**

Remetente [Helena de Almeida](#)   
Para [pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt](mailto:pauloseabra@ics.lisboa.ucp.pt)   
Data 2011-11-15 11:04

Mensagem 497 de 759 < >

Estimado Colega,  
Em Portugal não conheço nenhum estudo em que tenha sido aplicado a enfermeiros. Resta-se dizer-lhe que a prova é muito sensível à dimensão das amostras e às populações. Estes valores baixos devem-se ao facto de integrar 15 itens para 5 fatores.  
Como vai aplicar a enfermeiros resta-lhe dizer que, a mesma, foi validada por mim. Está autorizado.  
Saudações

Helena de Almeida  
Organizational Psychology, PhD  
Assistant Professor

University of Algarve, Faculty of Human and Social Sciences  
Research Centre for Spatial and Organizational Dynamics  
Campus de Gambelas  
Edifício 1  
Gabinete 2.17 (ext.7706)  
8005-139 Faro (Portugal)  
T (+351) 289 800900/14

***Anexo III – Instrumentos de recolha de dados - utentes***



VARIÁVEIS ESTRUTURAIS

**Identificação:** \_\_\_\_\_ (Iniciais do 1º e último nome e data de nascimento)

**Idade:** \_\_\_\_\_. Data de nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Género:** F  M

**Estado civil:** \_\_\_\_\_. Filhos: Sim  Não

**Habilitações literárias:**

Menos que a 4ª classe

1º ciclo (4ª classe)

2º ciclo (6ºano)

3º ano (9º ano)

12ª ano

Bacharelato

Licenciatura

Mestrado

Doutoramento

**Profissão :** \_\_\_\_\_.

**Situação laboral:**

Empregado

Desempregado

Trabalho esporádico

Formação subsidiada

Reformado

**Recursos económicos** (coloque os mais significativos):

- Ordenado  Reforma
- Apoio social
- Apoio familiar
- Biscates (esporádicos)  Prostituição
- Atividades ilícitas  Mendicidade
- Sem apoio  Arrumar carros

**Estado de saúde:**

Quais as substâncias que consome atualmente?

- Heroína
- Cocaína
- Cannabis
- Álcool
- Benzodiazepinas
- Anfetaminas  Qual: \_\_\_\_\_
- Outra  Qual: \_\_\_\_\_
- Outra  Qual: \_\_\_\_\_

**Via de consumo:**

- Consome por via IV, Sim  Não
- Anteriormente ao programa Sim  Não

Co-morbilidades físicas e psíquicas (validar com o processo): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**Outros dados:**

Idade do 1º uso: \_\_\_\_\_.

Nº de anos de consumo (excluir períodos de abstinência): \_\_\_\_\_.

Data de entrada no programa: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nº de entradas no programa: \_\_\_\_\_.

**VARIÁVEIS DE PROCESSO**

“Escala de Satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem no centro de saúde – SUCECS26” Ribeiro, 2003.

**VARIÁVEIS DE RESULTADO**

**Resultados funcionais**

- Tempo de permanência no programa: \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_ meses.
- Dose atual de metadona: \_\_\_\_\_ mg.
- Qual a percentagem que atribui a cada profissional face ao sucesso do seu tratamento / acompanhamento?

Médico \_\_\_\_\_%

Enfermeiro \_\_\_\_\_%

Psicólogo \_\_\_\_\_%

Técnico de Serviço Social \_\_\_\_\_%

Técnico Psicossocial \_\_\_\_\_%

Terapeuta ocupacional \_\_\_\_\_%

Outro \_\_\_\_\_%

\_\_\_\_\_

Identificação:

(Iniciais do 1º e último nome e data de nascimento)

### Modo de Preenchimento do Questionário

Leia com atenção a lista de questões que se segue e coloque uma cruz no quadrado que se refere à sua resposta. Marque apenas uma cruz em cada questão e não deixe nenhuma por responder. Se tiver dúvidas coloque a cruz no quadrado que mais se adapte.

### Desde que iniciou programa de metadona , o que alterou na sua vida?

<i>Questões</i>	<i>Nada</i>	<i>Pouco</i>	<i>Suficiente</i>	<i>Muito</i>
1 -O tratamento tornou-o uma pessoa diferente				
2 - Mudou o relacionamento com a família				
3 - Passou a preocupar-se com a sua recuperação				
4 - Procurou fazer novos amigos que não estejam ligados à droga				
5 - Passou a conseguir estabelecer metas na sua vida				
6 -Passou a sentir que as outras pessoas o/a respeitam mais				
7 - Alterou a sua maneira de ver a vida				
8 - Passou a conseguir trazer dinheiro para casa sem o gastar				
9 -Sente-se mais apoiado				
10 - Passou a ter novos interesses na vida				
11 -Passou a partilhar com a família/amigos os seus problemas				
12 - Passou a ter a sua vida organizada				
13 - Passou a conseguir gerir o dinheiro				
14 - O trabalho ajudou a ter uma vida melhor				
15 - Passou a ter o apoio da família				
16 - Passou a sentir-se confiante consigo próprio				
17 - Passou a gostar de ir trabalhar				
18 - Passou a apoiar-se na religião				
19 - Acredita no programa de metadona				
20 - Passou a sentir-se mais satisfeito sexualmente				
21 - Passou a cuidar mais de si próprio				

## MENTAL HEALTH INVENTORY:

Ribeiro, J (2001)

Identificação: \_\_\_\_\_ (Iniciais do 1º e último nome e data de nascimento)

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, DURANTE O MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

Este questionário está enquadrado no estudo de Doutorado em Enfermagem de Paulo Seabra, na UCP.

Identificação: \_\_\_\_\_

SUCECS 26 (Ribeiro, 2003), adaptado por Paulo Seabra.

As questões que lhe vamos colocar dizem respeito unicamente aos **cuidados de enfermagem** que recebeu, nos contactos que teve com os enfermeiros da sua Equipa de tratamento (ET) do Instituto da droga e da toxicodependência (IDT).

Se estes factos aconteciam

Faça um círculo no

Sempre 3

Às vezes 2

Nunca 1

Não se aplica / sem opinião 0

1	Relativamente à informação que acha necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros fornecem-lhe?	3	2	1	0
2	Sente que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos que necessita para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?	3	2	1	0
3	Relativamente à informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas (explicando a sua situação e como o podem ajudar quando necessita)?	3	2	1	0
4	Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem a sua disposição (ex. lares, serviços sociais...)?	3	2	1	0
5	Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis (como e quando os deve utilizar)?	3	2	1	0
7	Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?	3	2	1	0
8	Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem e se necessário voltam a repetir a informação?	3	2	1	0
9	Os enfermeiros preocupam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos, que informam ou explicam (panfletos, livros, ou mesmo escrever em papel coisas que são importantes para si)?	3	2	1	0
10	Os enfermeiros procuram explicar-lhe os cuidados que lhe prestam e porque é necessário fazê-lo?	3	2	1	0
12	Os enfermeiros preocupam-se em o informar sobre o funcionamento da ET (Horários de atendimento, tipo de consultas, a localização das salas de enfermagem, de tratamentos, de vacina ...)?	3	2	1	0
13	Os enfermeiros preocupam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente da ET?	3	2	1	0
14	Na ET tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si (a quem se dirige quando lá vai e que mostra conhecer melhor a sua situação)?	3	2	1	0
18	Quando necessita, é fácil contactar os enfermeiros da ET (para marcar consulta, para lhe colocar as suas dúvidas)?	3	2	1	0
20	Os enfermeiros preocupam-se em manter a sua privacidade quando lhe prestam cuidados?	3	2	1	0
21	Quando os enfermeiros lhe prestam cuidados preocupam-se em manter um ambiente calmo (sem ruído, sem estar a conversar uns com os outros, mantendo-o confortável)?	3	2	1	0

24	Sente que os enfermeiros atendem-no com simpatia?	3	2	1	0
25	Sente que os enfermeiros dão importância aos seus problemas?	3	2	1	0
26	Acha que os enfermeiros demonstram ter paciência no atendimento dos utentes?	3	2	1	0
27	Sente que os enfermeiros o colocam à vontade para por as suas dúvidas?	3	2	1	0
28	Os enfermeiros têm em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestam?	3	2	1	0
31	Sente que os enfermeiros demonstram ser profissionais atualizados e bem informados?	3	2	1	0

Se está

Faça um círculo no

**Satisfeito** 3

**Nem satisfeito / Nem insatisfeito** 2

**Insatisfeito** 1

**Não se aplica / Sem opinião** 0

6	Relativamente à forma como os enfermeiros explicam as coisas (linguagem utilizada, a preocupação em repetir caso não compreende, a preocupação em saber se tem mesmo percebido)?	3	2	1	0
11	Relativamente à forma como é atendido pelos enfermeiros na ET	3	2	1	0
22	Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros (para o ouvir, ou mesmo para lhe resolver alguma situação relacionada com o serviço)	3	2	1	0
29	Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados que necessita?	3	2	1	0
30	Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestam os cuidados	3	2	1	0
32	Relativamente aos cuidados de enfermagem na ET	3	2	1	0

*Muito obrigado pelo tempo dispensado a responder.*



***Anexo IV - Instrumento de recolha de dados - enfermeiros***



## Questionário para preenchimento dos Enfermeiros

**Equipa de Tratamento:** \_\_\_\_\_

### Dados sócio demográficos:

Identificação: \_\_\_\_\_ (Letras iniciais do 1º e último nome e data de nascimento, ex: LF12041970)

Idade:

Género: M  F

### **Habilitações académicas:**

Bacharelato  Licenciatura

Mestrado  Doutoramento

### **Formação profissional específica:**

Enfermeiro de cuidados gerais

Especialista de saúde mental

Especialista de saúde comunitária

Outra especialidade / pós graduação (risque)  Qual: \_\_\_\_\_

Cursos de curta duração da toxicodependência

**Experiência profissional** - Tempo de profissão \_\_\_\_\_anos\_\_\_\_\_meses

### **(Locais e duração):**

Serviços onde trabalhou – \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Serviços onde trabalhou com utentes dependentes de drogas - \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**A relação de trabalho:**

Tempo inteiro (quadro / contrato)  ou parcial

**VARIÁVEIS DE PROCESSO**

**Intervenções autónomas**

Intervenções preconizadas pela NIC – Tratamento do uso de substâncias:

Afirmação da sua execução

**Resultados nos enfermeiros**

- ❖ Escala para avaliar autonomia, satisfação, participação nas decisões e motivação no trabalho (Job diagnostic survey, Almeida, Faisca e Jesus, 2009) – aos enfermeiros
  
- ❖ Horas despendidas a prestar cuidados directos:  
Quanto tempo diário: \_\_\_\_\_ (nº de horas)

**Considero que para a prestação de cuidados directos (físicos e psíquicos) estou:**

- 1 – Sem tempo necessário
- 2 – Com tempo insuficiente
- 3 – Com tempo suficiente
- 4 – Tempo amplamente suficiente

**Considero que para a prestação de cuidados indirectos (registos e documentação, articulações com outra instituições, com a equipa multidisciplinar, etc.) estou:**

- 1 – Sem tempo necessário
- 2 – Com tempo insuficiente
- 3 – Com tempo suficiente
- 4 – Tempo amplamente suficiente

### Intervenções de enfermagem com pessoas dependentes de drogas

Caro Senhor/a Enfermeiro/a, leia as intervenções abaixo identificadas e assinale nos quadros a frequência com que as realiza com os utentes do programa de manutenção com metadona, enquanto grupo. Ao assinalar a frequência, faça-o de forma que este instrumento consiga demonstrar o mais fidedignamente o dia-a-dia do seu trabalho. Consideramos que a administração medicamentosa e os registos são desde logo realizados sistematicamente.

Responda, assinalando um X com a situação que mais se aproxima da sua realidade.

Legenda – **raramente**: 1 doente por semana, **esporadicamente**: 1 doente dia, **frequentemente**: vários doentes por dia, **sistematicamente**: todos com indicação

1 - Estabelecer uma relação terapêutica com o utente.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

2 - Identificar com o utente os fatores (ex: genéticos, sofrimento psicossocial e stress) que contribuem para a dependência química.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

3 - Encorajar o utente a assumir o controlo do próprio comportamento.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

4 - Auxiliar o utente/família a identificar o uso da negação como um substituto ao confronto do problema.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

5 - Auxiliar os familiares a reconhecerem que a dependência química é uma doença familiar.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

6 - Determinar quais as substâncias usadas.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

7 - Discutir com o utente, o impacto do uso de substâncias na clínica médica ou na saúde em geral.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

8 - Discutir com o utente o efeito das associações com outros utilizadores durante o lazer e no trabalho.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

9 - Determinar a história do uso do álcool / droga.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

10 - Auxiliar na percepção dos efeitos negativos da dependência química sobre a saúde, a família e o funcionamento diário.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

11 - Orientar o utente / família sobre o facto de que a quantidade/frequência do uso de substâncias, capaz de levar à dependência, varia de pessoa para pessoa.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

12 - Discutir o efeito do uso de substâncias nas relações familiares, entre os colegas de trabalho e amigos.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

13 - Identificar metas construtivas com o utente para oferecer alternativas ao uso de substâncias para reduzir o stress.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

14 - Auxiliar o utente a determinar se a moderação constitui uma meta aceitável, levando em conta o estado de saúde.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

15 - Facilitar o apoio de pessoas significativas.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

16 - Oferecer apoio à família ou pessoas significativas, quando adequado.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

17 - Fixar limites que beneficiem o utente e mostrem atenção.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

18 - Examinar o utente a intervalos regulares devido a manutenção do uso de substâncias, utilizando testes com amostras de urina ou análises respiratórias.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

19 - Encorajar o utente a manter um gráfico adequado do uso de substâncias para avaliar o seu progresso.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

20 - Auxiliar o utente a avaliar a quantidade de tempo gasto utilizando a substância e os padrões usuais no âmbito de um dia.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

21 - Auxiliar o utente a seleccionar uma atividade alternativa que seja incompatível com a substância que abusa.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

22 - Auxiliar o utente a aprender métodos alternativos para enfrentar do stress e sofrimento emocional.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

23 - Determinar se existem relações de co-dependência na família.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

24 - Identificar grupos de apoio na comunidade para tratamento de abuso de substâncias a longo prazo.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

25 - Orientar o utente e a família sobre fármacos utilizados para o tratamento da sua dependência.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

26 – Educar para o consumo com menos risco e minimizando danos.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

27 – Esclarecer os objetivos e regras do programa de manutenção opiácea.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

28 – Orientar o utente a estabelecer as suas próprias metas neste programa.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

29 - Confrontar o resultado dos testes das pesquisas de metabolitos de drogas, com o comportamento assumido pelo utente.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

30 – Esclarecer acerca dos comportamentos sexuais de risco.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

31 – Orientar o utente em relação a auto /hétero proteção face às doenças sexualmente transmissíveis.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

32 – Encorajar o utente a refletir sobre aspetos do seu ambiente social que influenciam o seu padrão de consumo.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

33 – Examinar com o utente a possível ambivalência face a abstinência / consumo.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

34 – Avaliar necessidades básicas priorizando a sua intervenção.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

35 – Estabelecer com o utente prioridades na procura da satisfação das suas necessidades básicas.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

36 – Avalia e ensina sobre sintomatologia e efeitos da medicação.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

37 – Desenvolve práticas de estimular a procura de saúde tendo em vista a imunização – vacinação.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

38 – Auxilia e motiva para um planeamento familiar adequado.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

39 – Encaminha ou articula para estruturas de apoio social.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

40 – Estimula a participação e apoio da família no processo de acompanhamento terapêutico.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

41 – Desenvolve intervenções de educação para a saúde, em contexto informal decorrentes dos seus contactos diários (ex: nutrição, imunidade, sono, higiene, etc.).

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

42 – Desenvolve educação para a saúde individualmente ou em grupo, com recurso a dispositivos de suporte (meios informáticos, suporte escrito, etc.), de uma forma mais formal.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

43 – Articula e/ou encaminha para outras estruturas de saúde comunitárias ou hospitalares tendo em conta as necessidades do doente.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

44 – Desenvolve parcerias (educando) com a família ou pessoas significativas, para a administração medicamentosa no domicílio.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

45 – Estimula a adesão ao regime medicamentoso (metadona e/ou outros fármacos).

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

46 – Identifica obstáculos a comunicação com os seus doentes.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

47 – Assiste na identificação dos motivos de não adesão ao regime terapêutico.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

48 – Reforça a necessidade de abstinência.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

49 – Elogia face ao sucesso na adesão ao regime terapêutico.

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

50 – Solicita /articula com outros técnicos da Equipa (médico, psicólogo, TSSS, etc.).

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

**Indique outras intervenções que considera importantes na sua prática de cuidados:**

51 –

Nunca	Raramente	Esporadicamente	Frequentemente	Sistematicamente

Pertence a Paulo Seabra, doutorando em enfermagem na UCP.

## ANEXO A

### JOB DIAGNOSTIC SURVEY (JDS)

Este questionário foi desenvolvido com base num estudo da Universidade de Yale sobre o trabalho e a forma como as pessoas reagem ao mesmo. O questionário ajuda a melhor redefinir o trabalho, através da obtenção de informação de como as pessoas reagem aos diferentes tipos de trabalho.

Nas páginas que se seguem encontrará várias questões sobre o seu trabalho. No início de cada secção ser-lhe-ão dadas instruções. Por favor, leia-as com atenção. Não deverá levar mais de 25 minutos a preencher todo o questionário. Por favor, responda com rapidez.

As questões destinam-se a conhecer a sua percepção sobre o trabalho e sobre a forma como reage a ele.

Não existem “rasteiras” nas questões. As suas respostas serão completamente confidenciais. Por favor, responda a cada item tão honesta e francamente quanto possível.

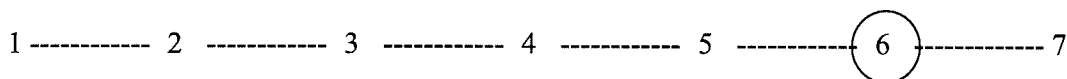
Obrigado pela sua cooperação.

### SECÇÃO UM

Esta parte do questionário pede-lhe para *descrever o seu trabalho* o mais objectivamente possível. Por favor, não utilize esta parte do questionário para expressar se gosta ou não gosta do trabalho que faz. As perguntas referentes a esse assunto virão mais à frente. Assim, tente tornar a sua descrição o mais precisa e objectiva possível.

Em baixo apresenta -se uma pergunta exemplo.

A. Até que ponto o seu trabalho lhe exige utilizar equipamento mecânico?



**Muito pouco:** o meu trabalho quase não exige contacto com qualquer tipo de equipamento mecânico

Moderadamente

**Muito:** o meu trabalho exige uma quase constante utilização de equipamento mecânico

Deve colocar um círculo no número que melhor descreve o seu trabalho.

Se, por exemplo, o seu trabalho lhe exigir utilizar equipamento mecânico durante uma grande parte do tempo – mas também exige algum trabalho com papéis – deve colocar um círculo no número seis, tal como foi feito no exemplo acima.

1. Que autonomia existe no seu trabalho? Quer dizer, até que ponto o seu trabalho lhe permite tomar decisões na sua execução?



**Muito pouca:** o trabalho quase não me dá hipóteses de “dar” uma opinião pessoal sobre como e quando o trabalho é feito.

**Autonomia Moderada:** há muitas coisas pré-estabelecidas e fora do meu controlo, mas posso tomar algumas decisões no trabalho.

**Muito:** o meu trabalho dá-me quase total responsabilidade para decidir como e quando o trabalho é feito.

2. Até que ponto o seu trabalho pressupõe fazer uma porção “inteira” e identificável de trabalho? Quer dizer, o seu trabalho é uma totalidade que tem obviamente um princípio e um fim ou é apenas uma pequena parte do todo que é completado por outras pessoas ou por máquinas automáticas?



O meu trabalho é apenas uma **pequena parte** do trabalho total: os resultados das minhas actividades não são visíveis no produto final ou serviço.

O meu trabalho é apenas uma parte, de **tamanho moderado**, do trabalho total: a minha contribuição é visível no resultado final.

O meu trabalho envolve fazer a **totalidade do trabalho**, do princípio ao fim: os resultados das minhas actividades podem facilmente ser vistas no produto final ou serviço.

3. Que variedade existe no seu trabalho? Quer dizer, até que ponto o seu trabalho lhe exige fazer coisas diferentes, aplicando algumas das suas aptidões e talentos?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

**Muita pouca:** o trabalho exige-me a mesma rotina, fazer sempre o mesmo

**Variedade Moderada**

**Muita:** o trabalho exige-me fazer muitas coisas diferentes, aplicando várias aptidões e talentos.

4. De uma forma geral, que significado ou importância tem o seu trabalho? Quer dizer, há probabilidade dos resultados do seu trabalho afectarem a vida ou o bem-estar de outras pessoas?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

**Pouco significativo:** não é provável que os resultados do meu trabalho tenham efeitos importantes noutras pessoas.

**Moderadamente Significativo**

**Altamente Significativo:** os resultados do meu trabalho podem afectar aspectos importantes da vida de outras pessoas.

5. Até que ponto ao executar o seu trabalho obtém informação sobre o seu desempenho? Quer dizer, o próprio trabalho fornece-lhe pistas sobre o seu desempenho – à parte de qualquer “feedback” que colegas ou chefes lhe possam fornecer?

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7

**Muito pouca:** o próprio trabalho está definido de modo a que eu trabalhe sem ter acesso a uma avaliação do meu desempenho.

**Moderadamente:** às vezes, o trabalho fornece-me “feedback”; outras vezes não.

**Muitas vezes:** o trabalho está definido de modo a que, durante a sua execução receba quase sempre “feedback” sobre o meu desempenho.

## SECÇÃO DOIS

A seguir apresenta-se uma lista de várias afirmações que podem ser utilizadas para descrever um trabalho.

Deve indicar se cada afirmação é uma *descrição precisa ou imprecisa do seu trabalho*.

Por favor, tente ser tão objectivo quanto possível ao referir a precisão com que cada afirmação descreve o seu trabalho – sem tomar em conta se gosta ou não do seu trabalho.

Escreva um número no espaço em branco que antecede cada afirmação, baseando-se na seguinte escala:

Qual o grau de precisão com que cada afirmação descreve o seu trabalho?

1	2	3	4	5	6	7
Muito imprecisa	Quase imprecisa	Ligeiramente imprecisa	Incerta	Ligeiramente precisa	Quase precisa	Muito precisa

- \_\_\_ 1 O trabalho exige-me a utilização de várias aptidões complexas ou de nível elevado.
- \_\_\_ 2 O meu trabalho está organizado de forma a que não tenha possibilidade de o fazer na sua totalidade (apenas uma pequena parte), do princípio ao fim.
- \_\_\_ 3 Só o facto de realizar o trabalho exigido pela minha função permite-me ter a possibilidade de avaliar o meu desempenho.
- \_\_\_ 4 O trabalho é muito simples e repetitivo.
- \_\_\_ 5 Este é um tipo de trabalho em que muitas pessoas podem ser afectadas pelo modo como ele é executado.
- \_\_\_ 6 O trabalho nega-me qualquer possibilidade de utilizar a minha iniciativa ou de tomar decisões na sua execução.
- \_\_\_ 7 O trabalho dá-me a possibilidade de completar totalmente as tarefas que inicio.
- \_\_\_ 8 O trabalho fornece-me poucas pistas sobre o meu desempenho.
- \_\_\_ 9 O trabalho dá-me uma oportunidade considerável de independência e liberdade no modo como o executo.
- \_\_\_ 10 O trabalho em si não tem muito significado ou importância no contexto geral da vida.



***Anexo V - Parecer da comissão avaliadora para o registo definitivo***





## PROVA DE AVALIAÇÃO PARA REGISTO DEFINITIVO DO PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

CANDIDATO: **Paulo Rosário de Carvalho Seabra**

TÍTULO DO PROJECTO: Indicadores de resultados sensíveis a intervenções de enfermagem em pessoas dependentes de drogas

DIA: 27 de julho de 2012 - HORÁRIO: 11h30-13h00

LOCAL: Universidade Católica Portuguesa  
Instituto de Ciências da Saúde  
Campus da Asprela - Porto

**GRUPO DE AVALIAÇÃO:** Prof<sup>a</sup> Doutora Margarida Silva Vieira, Prof. Doutor Carlos Sequeira, Prof. Doutor Luís Octávio de Sá (Orientador) e Prof. Doutor José Amendoeira (co-orientador) por videoconferência

---

PARECER:

O candidato apresentou o seu projeto de trabalho, tendo este sido comentado pelo Doutor Carlos Sequeira, que colocou algumas questões para clarificar os objetivos e desenho. De seguida, o candidato clarificou adequadamente todas as questões colocadas, tendo demonstrado domínio do tema que pretende tratar, bem como capacidade para execução do projeto, tendo tomado nota das sugestões feitas.

O Grupo de Avaliação considerou assim que estavam reunidas as condições para que se fizesse o respetivo registo definitivo do projeto.

---

Prof<sup>a</sup> Doutora Margarida Silva Vieira

Prof. Doutor Carlos Sequeira

Prof. Doutor Luís Octávio de Sá



***Anexo VI – Protocolo da revisão sistemática da literatura***

## Metodologia

A presente revisão sistemática da literatura, orientou-se pelos procedimentos metodológicos descritos em Cochrane Database of Systematic Reviews – CDSR (Higgins & Green, 2011).

O protocolo de revisão foi construído na matriz PI[C]OS, representado no esquema seguinte:

Quadro nº1 Explicitação do PICOS

				Palavras-chave
<b>P</b>	<b>Participantes</b>	Quem foi estudado?	Dependentes de drogas integrados em programa de metadona (≥ 18 anos)	<i>outcomes</i>  <i>Nursing</i>
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	O que foi feito?	Intervenções de enfermagem pelo menos 1*semana	<i>assessment</i>
<b>C</b>	<b>Comparações</b>	Existem? Não existem?	--	<i>Drug addicts</i>
<b>O</b>	<b>Outcomes</b>	Resultados, efeitos ou consequências	Resultados em saúde sensíveis às intervenções de enfermagem	<i>Substance-related disorders</i>
<b>S</b>	<b>Study</b>	Tipo de estudo	Quantitativos, qualitativos e mistos disponíveis com texto completo em Inglês, Português e Espanhol	<i>Methadone</i>

Os termos para a pesquisa foram validados na terminologia e conteúdo, consultando a MLM (Medicine, 2011). Com as referidas palavras-chave, fizemos diferentes configurações de pesquisa, apresentadas mais à frente neste artigo. A palavra “resultados” foi o conceito integrador que pretendíamos que estivesse explicitado nos estudos.

O universo temporal de referência foram os últimos 10 anos (1-8-2001 a 31-7-2011).

A seleção de recursos de pesquisa foi feita através dos motores de busca e bases de dados eletrônicas:

- B-ON - O conjunto “Ciências da Saúde” contemplando os seguintes recursos: Annual Reviews, [Current Contents \(ISI\)](#); Elsevier - Science Direct (Freedom collection); PUBMED; SpringerLink (Springer/Kluwer), [Taylor & Francis](#) , Wiley Interscience (Wiley), Academic Search Complete (EBSCO), Web of Science (ISI), ISI Proceedings (ISI), RCAAP.
- EBSCO - **CINAHL Plus with Full Text**; MEDLINE with Full Text (incluindo o International Nursing Index); Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE); Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection with full text, Comprehensive edition; British Nursing Index; MedicLatina with full text; Health Technology Assessments, Academic Search Complete, NHS Economic Evaluation Database, ERIC.
- SCIELO
- LILACS
- MEDCARIBE
- RCAAP

Para a seleção do tipo de estudos e o seu nível de evidência, baseamo-nos nos critérios de Melnyk & Fineout-Overholt (2005) que determina o grau de evidência dos estudos, caracterizando a tipologia do estudo relacionando com a amostragem<sup>2</sup>. Integramos apenas estudos até ao nível IV procurando o mais alto nível de evidência, o que constituiu mais um dos critérios de inclusão.

Após identificação dos artigos, realizamos a sua análise para decidir sobre a sua inclusão (Ramalho, 2010):

- ✓ A leitura dos títulos e/ou dos resumos sugestivos perante a temática em análise. Foram alguns eliminados por não se enquadrarem nos objetivos.
- ✓ Os que levantaram dúvidas foram lidos integralmente e foram depois incluídos ou excluídos.
- ✓ Os que obtivemos em texto integral, após leitura cuidadosa integraram o *corpus* de análise.
  - Extraímos os dados: Título; Publicação; Enquadramento e tipologia do estudo; Instrumentos de colheita de dados; Intervenções realizadas; Resultados sensíveis às intervenções de enfermagem.

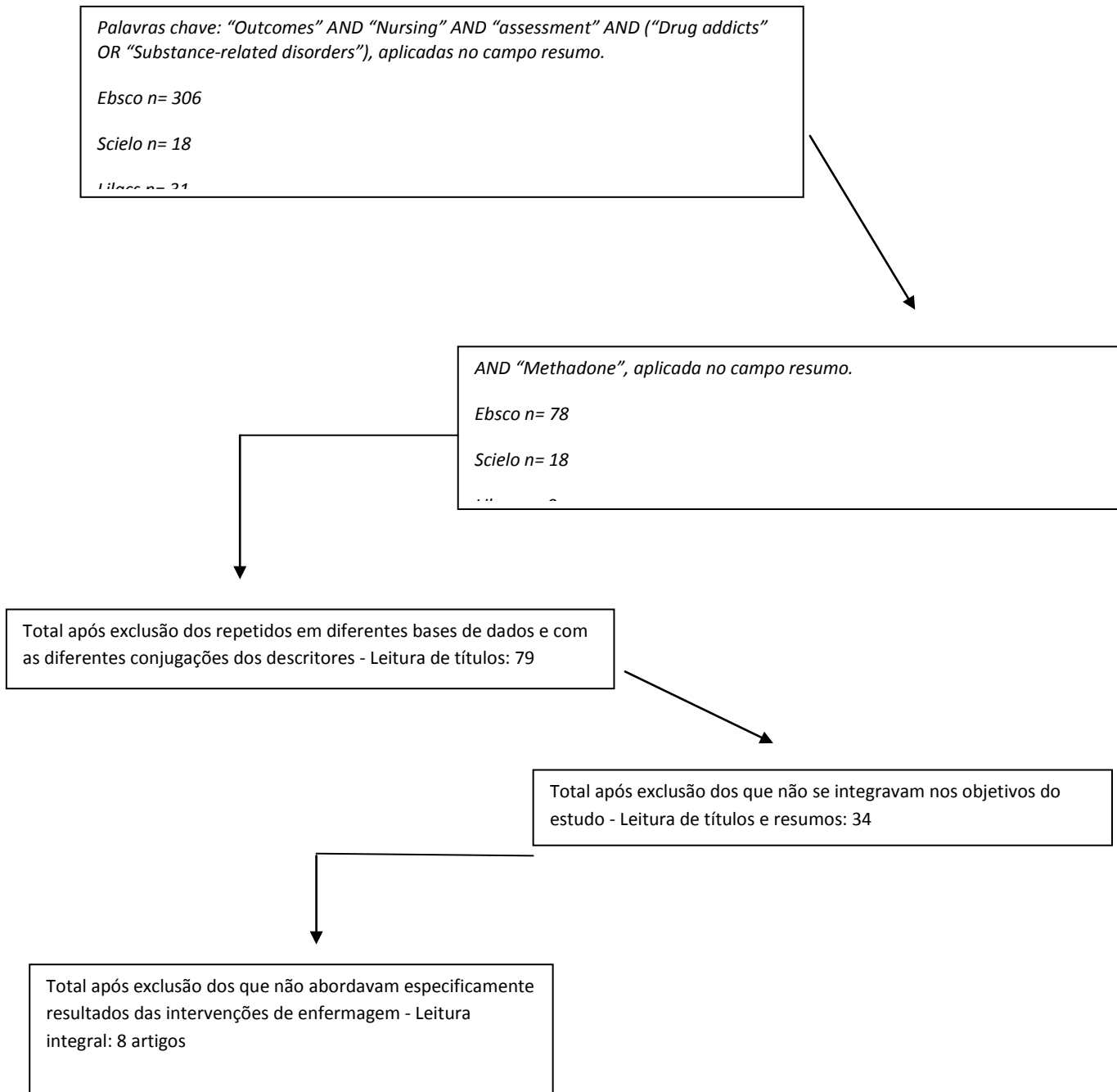
## Resultados

Da conjugação dos descritores, os resultados foram (pesquisa de 1 a 7 de Setembro de 2011):

---

<sup>2</sup> Nível 1 RSL ou Meta-análise de estudos experimentais controlados randomizados; Nível 2 Evidência de pelo menos um estudo experimental controlado randomizado; Nível 3 Evidência de estudos controlados sem randomização; Nível 4 Estudos de caso ou estudos de coorte bem desenhados; Nível 5 Revisões sistemáticas de estudos qualitativos e descritivos; Nível 6 Evidência de apenas um estudo qualitativo ou descritivo; Nível 7 Opiniões de autoridades ou relatórios de peritos.

## Fluxograma nº1 Evolução da seleção dos artigos



***Anexo VII - Procedimentos para a análise fatorial dos instrumentos***

**Instrumento Qualidade de Vida dos consumidores de drogas em programa de metadona** – tabela de correlação de cada item com a escala total e adequação dos dados à análise fatorial

	Média da escala se eliminar o item	Variância se eliminar o item	Correlação Item-Total	Alpha se eliminar o item
QVP1	61,18	120,493	,492	,882
QVP2	61,19	118,370	,552	,880
QVP3	60,97	121,781	,491	,882
QVP4	61,84	118,393	,442	,884
QVP5	61,56	115,756	,643	,877
QVP6	61,57	114,760	,621	,878
QVP7	61,29	118,184	,563	,880
QVP8	61,23	119,417	,467	,883
QVP9	61,12	118,499	,642	,878
QVP10	61,32	117,091	,630	,878
QVP11	61,94	119,192	,430	,884
QVP12	61,31	116,951	,657	,877
QVP13	61,31	119,297	,514	,881
QVP14	61,71	116,039	,497	,882
QVP15	61,51	119,950	,433	,884
QVP16	61,12	119,791	,595	,880
QVP17	61,56	118,874	,421	,885
QVP18	63,02	129,653	<b>,016</b>	,895
QVP19	60,88	122,964	,535	,882
QVP20	62,08	120,072	,341	,888
QVP21	61,07	120,141	,588	,880

Teste de KMO e Bartlett aplicado à escala QV com a totalidade dos itens iniciais

Kaiser-Meyer-Olkin		,875
Teste de esfericidade de Bartlett	$\chi^2$	1403,710
	df	210
	p	,000

Variância explicada pelos fatores da escala QV

Componentes	Valores próprios iniciais			Valores da variância após rotação		
	Total	% Variância	Acumulada %	Total	% Variância	Acumulada %
1	7,142	34,010	34,010	3,303	15,730	15,730
2	1,494	7,115	41,124	3,169	15,091	30,821
3	1,379	6,565	47,690	2,346	11,173	41,995
4	1,155	5,502	53,191	2,152	10,246	52,241
5	1,099	5,235	58,427	1,299	6,186	58,427
6	,993	4,730	63,157			
7	,934	4,448	67,605			
8	,853	4,060	71,665			
9	,710	3,382	75,047			
10	,643	3,061	78,108			
11	,623	2,969	81,076			
12	,563	2,682	83,758			
13	,551	2,622	86,380			
14	,487	2,319	88,698			
15	,440	2,094	90,792			
16	,434	2,066	92,858			
17	,352	1,676	94,534			
18	,345	1,642	96,176			
19	,315	1,501	97,677			
20	,261	1,242	98,919			
21	,227	1,081	100,000			

**Consequências da dependência de substâncias (CDS)**– tabela de correlação de cada item com a escala total e adequação dos dados à análise fatorial

	Média se item retirado	Variância se item retirado	Correlação item-escala	Alpha Cronbach's
CDS1	77,22	142,115	,404	,863
CDS4	76,76	143,222	,437	,862
CDS6	77,57	140,280	,411	,864
CDS7	76,91	137,460	,590	,857
CDS8	76,82	138,694	,659	,855
CDS9	78,26	131,789	,497	,862
CDS10	77,35	139,894	,514	,859
CDS11	76,83	142,702	,449	,862
CDS12	78,04	134,797	,576	,857
CDS13	77,25	137,027	,552	,858
CDS14	77,28	139,163	,499	,860
CDS15	77,41	137,405	,557	,858
CDS16	77,08	145,312	,338	,865
CDS17	77,93	137,106	,550	,858
CDS18	78,05	137,701	,543	,858
CDS19	78,02	140,268	,447	,862
CDS20	77,97	133,122	,635	,854
CDS21	76,24	150,183	,281	,866
CDS22	76,13	153,766	,102	,869
CDS23	76,27	153,325	,071	,871
CDS24	76,18	154,486	,033	,870

Teste KMO e Bartlett à escala CDS

Kaiser-Meyer-Olkin		,800
Bartlett's Teste de esfericidade	$\chi^2$	1391,740
	df	210
	p	,000

Análise fatorial exploratória da escala CDS com os 21 itens iniciais - Variância explicada pelos fatores CDS

Componentes	Valores próprios iniciais			Valores da variância após a rotação		
	Total	% Variância	% Acumulada	Total	% Variância	% Acumulada
1	5,988	28,516	28,516	2,692	12,817	12,817
2	2,092	9,961	38,477	2,673	12,731	25,548
3	1,630	7,760	46,236	2,559	12,187	37,735
4	1,467	6,984	53,220	2,290	10,903	48,638
5	1,205	5,739	58,959	1,917	9,127	57,765
6	1,035	4,927	63,886	1,285	6,121	63,886
7	,897	4,271	68,156			
8	,840	3,999	72,155			
9	,767	3,653	75,808			
10	,693	3,300	79,107			
11	,634	3,017	82,125			
12	,596	2,840	84,965			
13	,527	2,510	87,475			
14	,431	2,053	89,528			
15	,428	2,039	91,567			
16	,409	1,947	93,514			
17	,348	1,657	95,171			
18	,324	1,542	96,713			
19	,281	1,338	98,051			
20	,227	1,082	99,133			
21	,182	,867	100,000			

SUCECS 26 – tabela de correlação de cada item com a escala total e adequação dos dados à análise fatorial-Correlação de cada item com a escala total SUCECS26

	Média da escala sem o item	Variância da escala sem o item	Correlação item-total	Alfa de Cronbach sem o item
SUCECSP1	62,66	42,337	,505	,827
SUCECSP2	62,81	41,595	,541	,825
SUCECSP3	63,65	44,810	,291	,836
SUCECS4	63,38	42,728	,452	,829
SUCECS5	63,23	41,766	,540	,825
SUCECS7	62,00	46,592	,320	,836
SUCECS8	61,98	46,899	,269	,837
SUCECS9	63,16	44,002	,301	,837
SUCECS10	62,24	46,373	,135	,841
SUCECS12	62,20	44,161	,432	,830
SUCECS13	62,43	44,124	,321	,835
SUCECS14	62,86	46,891	,008	,853
SUCECS18	62,63	44,369	,283	,837
SUCECS21	61,98	47,430	,121	,839
SUCECS24	62,05	45,545	,510	,832
SUCECS25	62,46	41,836	,603	,823
SUCECS26	62,13	45,553	,377	,833
SUCECS27	62,08	45,853	,381	,834
SUCECS28	62,38	42,573	,499	,827
SUCECS31	62,19	44,515	,378	,832
SUCECS6	62,06	45,461	,422	,832
SUCECS11	62,19	44,213	,456	,830
SUCECS22	62,23	43,677	,527	,827
SUCECS29	62,44	42,304	,556	,825
SUCECS30	62,11	45,000	,453	,831
SUCECS32	62,07	44,968	,551	,830

Teste de KMO e Bartlett aplicados à escala CDS

Kaiser-Meyer-Olkin		,780
Teste de esfericidade de Bartlett	$\chi^2$	1647,962
	df	325
	p	,000

Análise fatorial exploratória da escala SUCECS 26 com os 26 itens iniciais

Variância explicada pelos fatores SUCECS26

Componentes	Pesos Iniciais			Valores da variância após a rotação		
	Total	% Variância	Acumulada %	Total	% Variância	Acumulada %
1	6,260	24,077	24,077	2,785	10,711	10,711
2	2,468	9,493	33,569	2,497	9,604	20,315
3	1,745	6,713	40,282	2,376	9,138	29,453
4	1,547	5,949	46,231	2,143	8,242	37,695
5	1,304	5,016	51,248	2,136	8,214	45,909
6	1,194	4,594	55,841	1,962	7,547	53,456
7	1,085	4,175	60,016	1,443	5,550	59,006
8	1,002	3,854	63,870	1,265	4,864	<b>63,870</b>
9	,963	3,704	67,574			
10	,882	3,393	70,967			
11	,804	3,094	74,062			
12	,781	3,004	77,065			
13	,710	2,733	79,798			
14	,679	2,610	82,407			
15	,627	2,411	84,818			
16	,549	2,112	86,930			
17	,542	2,083	89,013			
18	,488	1,875	90,888			
19	,478	1,838	92,727			
20	,413	1,590	94,317			
21	,340	1,306	95,623			
22	,287	1,104	96,727			
23	,267	1,027	97,754			
24	,242	,931	98,686			
25	,180	,694	99,380			
26	,161	,620	100,000			

Fator - Designação anterior / itens	Fator – Designação atual / itens
<p><b>1 – Qualidade na assistência</b></p> <p>11 Relativamente à forma como foi atendido pelos enfermeiros na ET</p> <p>21 Quando os enfermeiros lhe prestavam cuidados preocupavam-se em manter um ambiente calmo.</p> <p>24 Sentiu que os enfermeiros atenderam-no com simpatia?</p> <p>25 Sentiu que os enfermeiros davam importância aos seus problemas?</p> <p>26 Acha que os enfermeiros demonstravam ter paciência no atendimento dos utentes?</p> <p>27 Sentiu que os enfermeiros o colocavam à vontade para por as suas dúvidas?</p> <p>30 Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestavam os cuidados</p> <p>31 Sentiu que os enfermeiros demonstraram ser profissionais atualizados e bem informados?</p> <p>32 Relativamente aos cuidados de enfermagem na ET</p> <p>Variância explicada 18,47%</p>	<p><b>1 – Qualidade na assistência</b></p> <p>31 Sente que os enfermeiros demonstram ser profissionais atualizados e bem informados?</p> <p>30 Relativamente ao modo como os enfermeiros lhe prestam os cuidados</p> <p>28 Os enfermeiros têm em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestam?</p> <p>32 Está satisfeito relativamente aos cuidados de enfermagem na ET?</p> <p>24 Sente que os enfermeiros atendem-no com simpatia?</p> <p>26 Acha que os enfermeiros demonstram ter paciência no atendimento dos utentes?</p> <p>Variância explicada 27,80%</p>
<p><b>2 - Individualização da informação</b></p> <p>1 Relativamente à informação que achou necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros forneceram-lhe?</p> <p>2 Sentiu que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos que necessitava para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?</p> <p>6 Relativamente à forma como os enfermeiros explicavam as coisas?</p> <p>7 Os enfermeiros procuraram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?</p> <p>8 Os enfermeiros procuraram saber se compreendeu bem e se necessário voltavam a repetir a informação?</p> <p>10 Os enfermeiros procuraram explicar-lhe os cuidados que lhe prestavam e porque era necessário fazê-los?</p> <p>Variância explicada 17,77%</p>	<p><b>2 – Envolvimento do doente</b></p> <p>1 Relativamente à informação que acha necessária para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem, os enfermeiros fornecem-lhe?</p> <p>2 Sente que os enfermeiros se preocupam em fazer os ensinamentos que necessita para lidar com as suas necessidades em cuidados de enfermagem?</p> <p>25 Sente que os enfermeiros dão importância aos seus problemas?</p> <p>29 Está satisfeito com o conhecimento que os enfermeiros têm sobre os cuidados que necessita?</p> <p>Variância explicada 10,57%</p>
<p><b>3 - Envolvimento do doente</b></p> <p>22 Relativamente à disponibilidade dos enfermeiros, esta satisfeito?</p> <p>28 Os enfermeiros tinham em conta a sua opinião relativamente aos cuidados de enfermagem que lhe prestavam?</p> <p>29 Relativamente ao conhecimento que os enfermeiros tinham sobre os cuidados que necessitava?</p> <p>Variância explicada 8,60%</p>	<p><b>3 – Formalização da informação</b></p> <p>13 Os enfermeiros preocupam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente da ET?</p> <p>12 Os enfermeiros preocupam-se em o informar sobre o funcionamento da ET ?</p> <p>6 Está satisfeito relativamente à forma como os enfermeiros explicam as coisas?</p> <p>Variância explicada 6,90%</p>
<p><b>4 - Informação dos recursos</b></p> <p>4 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem a sua disposição?</p> <p>5 Os enfermeiros preocupavam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis?</p> <p>12 Na ET, os enfermeiros preocuparam-se em o informar</p>	<p><b>4 – Promoção de elo de ligação</b></p> <p>27 Sente que os enfermeiros o colocam à vontade para pôr as suas dúvidas?</p> <p>11 Está satisfeito relativamente à forma como é atendido pelos enfermeiros na ET?</p> <p>18 Quando necessita, é fácil contactar os enfermeiros da ET?</p>

sobre o funcionamento da ET? Variância explicada 6,51%	22 Está satisfeito relativamente à disponibilidade dos enfermeiros ? Variância explicada 6,24%
<b>5 - Formalização da informação</b> 9 Os enfermeiros preocupavam-se em dar-lhe informação escrita sobre os assuntos, que informam ou explicam? 13 Na ET, os enfermeiros preocuparam-se em explicar-lhe quais os seus direitos e deveres como utente da ET?  Variância explicada 5,57%	<b>5 – Informação de recursos</b> 4 Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre os serviços que tem a sua disposição? 5 Os enfermeiros preocupam-se em transmitir-lhe informação sobre a forma como pode utilizar os serviços de saúde disponíveis? 3 Relativamente à informação, os enfermeiros preocupam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas?  Variância explicada 5,73%
<b>6 - Promoção de elo de ligação</b> 3 Relativamente à informação, os enfermeiros preocupavam-se em envolver os seus familiares ou as pessoas mais próximas? 14 Na ET tem algum enfermeiro que esteja mais ligado a si? 18 Quando necessita, é fácil contactar os enfermeiros da ET?  Variância explicada 4,98%	<b>6 – Individualização da informação</b> 8 Os enfermeiros procuram saber se compreendeu bem e se necessário repetem a informação? 7 Os enfermeiros procuram explicar-lhe as coisas de forma compreensível?  Variância explicada 4,78%
Total da variância explicada 61,9%	Total da variância explicada 62,04%



***Anexo VIII - Dados de estatística descritiva dos participantes-utentes***

Participantes com filhos em cada amostra

Local		Frequência	%
A	sim	27	45,0
	não	33	55,0
B	sim	28	46,7
	não	32	53,3
C	sim	40	66,7
	não	20	33,3
População total	Sim	95	52,8
	Não	85	47,2

n por amostra=60

Situação laboral dos participantes

	Situação laboral	n	%
Amostra Total	Empregado	55	30,
	Desempregado	87	48,3
	Trabalho esporádico	17	9,4
	Formação subsidiada	4	2,2
	Reformado	17	9,4

n por equipa =60

Distribuição dos participantes quanto ao estado civil

Local		Frequência	%	Percentagem acumulada
A	solteiro	40	66,7	66,7
	casado	5	8,3	75,0
	união de facto	9	15,0	90,0
	divorciado	6	10,0	100,0
	n	60	100,0	
B	solteiro	36	60,0	60,0
	casado	5	8,3	68,3
	união de facto	12	20,0	88,3
	divorciado	6	10,0	98,3
	viúvo	1	1,7	100,0
n	60	100,0		
A	solteiro	24	40,0	40,0
	casado	8	13,3	53,3
	união de facto	15	25,0	78,3
	divorciado	10	16,7	95,0
	viúvo	3	5,0	100,0
n	60	100,0		

Distribuição do tipo de comorbilidades dos participantes nas 3 amostras- Distribuição da variável comorbilidades

		Local			Total
		A	B	C	
VIH	Não	52	44	39	135
	Sim	8	16	21	45
HEP B	Não	60	56	60	176
	Sim	0	4	0	4
HCV	Não	21	25	28	74
	Sim	39	35	32	106
Doença física exceto infeções víricas	Não	39	33	28	100
	Sim	21	27	32	80
Hipertensão	Não	60	58	54	172
	Sim	0	2	6	8
Patologia Respiratória	Não	58	51	50	159
	Sim	2	9	10	21
Doença mental	Não	47	48	42	137
	Sim	13	12	18	43
Sem doenças	Não	48	51	54	153
		12	9	6	27

Frequência do número de comorbilidades

Número comorbilidades					
	Frequência	%	% valida	% acumulada	
n	0	27	15,0	15,0	15,0
	1	58	32,2	32,2	47,2
	2	58	32,2	32,2	79,4
	3	25	13,9	13,9	93,3
	4	10	5,6	5,6	98,9
	6	1	,6	,6	99,4
	7	1	,6	,6	100,0
	Total	180	100,0	100,0	

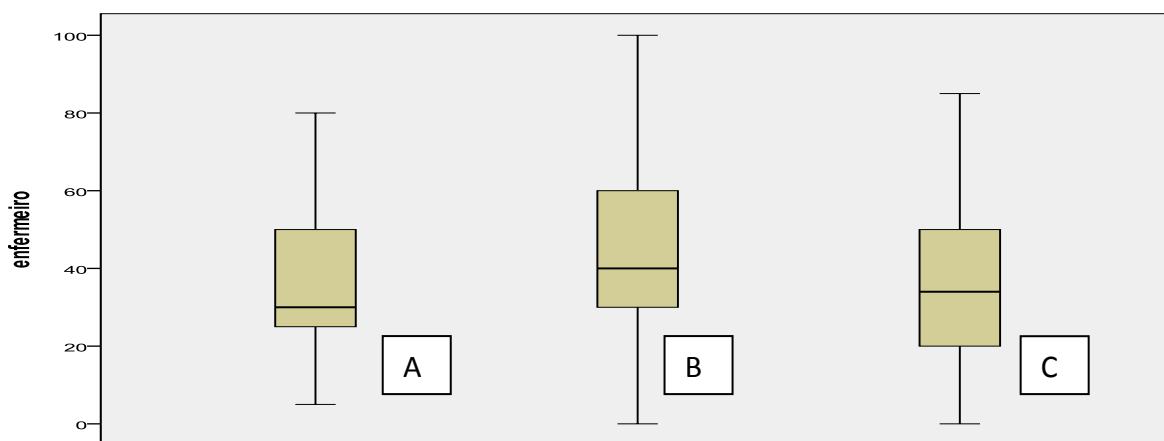
Número comorbilidades por amostra			
A	N	Valid	60
		Missing	0
		Mean	1,43
		Median	1,00
		Mode	1
		Std. Deviation	1,079
		Minimum	0
		Maximum	4
B	N	Valid	60
		Missing	0
		Mean	1,68
		Median	1,00
		Mode	1
		Std. Deviation	1,372
		Minimum	0
		Maximum	7
C	N	Valid	60
		Missing	0
		Mean	1,92
		Median	2,00
		Mode	2
		Std. Deviation	1,062
		Minimum	0
		Maximum	4

Comparação pós hoc do valor atribuído aos enfermeiros nas diferentes amostras

	Local	Local	Diferença de médias Pós-Hoc	Teste de Bonferroni
Enfermeiro	A	B	-10,43	
		C	-,46	
	B	A	10,43	
		C	9,96	
	C	A	,46	
		B	-9,96	

\*Com um grau de confiança de 95%

Contributo dos enfermeiros por unidade



Comparação pós hoc de médias de **satisfação com os cuidados de enfermagem**

Local	Local	Diferença entre médias (Bonferroni)
A	B	2,20
	C	6,23**
B	A	-2,20
	C	4,03**
C	A	-6,23**
	B	-4,03**

\*\* Comparação significativa para um intervalo de confiança de 99%.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre unidades, no valor atribuído pelos participantes a cada grupo profissional. Apenas o valor atribuído ao acompanhamento pelos psicólogos é semelhante nas 3 amostras ( $F=1,248$ ;  $p=0,290$ ).

Distribuição dos valores das amostras nas subescalas da **Satisfação com os cuidados de enfermagem**

Local		Mínimo	Máximo	Média	dp
A	Qualidade na assistência	11	18	16,90	2,031
	Envolvimento do doente	5	12	10,68	1,692
	Formalização da informação	3	9	8,20	1,312
	Promoção de elo de ligação	6	12	11,28	1,342
	Informação de recursos	2	9	5,32	2,103
	Individualização da informação	3	6	5,83	,557
B	Qualidade na assistência	13	18	16,98	1,420
	Envolvimento do doente	5	12	9,42	2,019
	Formalização da informação	5	9	8,32	,930
	Promoção de elo de ligação	8	12	11,00	1,120
	Informação de recursos	3	8	4,30	1,465
	Individualização da informação	6	6	6,00	,000
C	Qualidade na assistência	9	18	16,33	2,312
	Envolvimento do doente	3	12	8,12	2,241
	Formalização da informação	3	9	7,92	1,576
	Promoção de elo de ligação	7	12	9,63	1,573
	Informação de recursos	3	9	4,10	1,602
	Individualização da informação	4	6	5,88	,454
Total	Qualidade na assistência	9	18	16,74	1,967
	Envolvimento do doente	3	12	9,41	2,247
	Formalização da informação	3	9	8,14	1,304
	Promoção de elo de ligação	6	12	10,64	1,531
	Informação de recursos	2	9	4,57	1,816
	Individualização da informação	3	6	5,91	,419

Média de idade face ao consumo de substâncias

		n	Média	dp	t teste
S/consumos	Não	128	40,34	7,018	-1,919
	Sim	52	42,71	8,671	
Heroína	Não	155	41,30	7,59	1,211
	Sim	25	39,32	7,43	
Estimulantes	Não	134	41,66	7,61	1,953
	Sim	46	39,15	7,26	
Cannabis	Não	128	41,75	7,59	2,037*
	Sim	52	39,23	7,32	
Álcool	Não	125	41,26	7,80	,644
	Sim	55	40,47	7,08	
BZD	Não	147	40,64	7,75	-1,433
	Sim	33	42,73	6,61	

\*Correlação significativa para um intervalo de confiança de 95%

Averiguamos a diferença da média de idades face ao cannabis, verificamos que na equipa A e na B, os que não consomem são mais velhos, mas na equipa C os que consomem são mais velhos

( $n=14$ ,  $\bar{x}=43,36$ ) que os que não consomem ( $n=46$ ,  $\bar{x}=42,70$ ), embora a diferença nas 3 equipas não apresentam diferenças estatisticamente significativas ( $p>0,05$ ). Na equipa C além dos consumos de BZD estarem associados a uma média de idades mais elevada, associa-se o consumo de cannabis.

Percentagem de consumos face ao género

		Não consome	Consome	$\times 2$
Género	n Feminino	14	34	0,002(1)
	%	29,2%	70,8%	
	n masculino	38	94	
	%	28,8%	71,2 %	
	n	52	128	
Género/ Heroína	%	28,9%	71,1 %	,106(1)
	N feminino	42	6	
	%	87,5%	12,5%	
	N masculino	113	19	
	%	85,6%	14,4%	
Total	n	155	25	
	%	86,1%	13,9%	
Género/ Estimulantes	n Feminino	35	13	,080(1)
	%	72,9%	27,1%	
	n Masculino	99	33	
	%	75%	25%	
	N	134	46	
Total	%	74,4	25,6%	
	n Feminino	38	10	
Género/ Cannabis	%	79,2%	20,8%	
	n Masculino	90	42	
	%	68,2%	31,8%	
	N	128	52	
	%	71,1%	28,9%	
Género/ Álcool	n Feminino	35	13	,372(1)
	%	72,9%	27,1%	
	n masculino	90	42	
	%	68,2%	31,8%	
	n	125	55	
Género/ BZD	%	69,4%	30,6%	1,943(1)
	n Feminino	36	12	
	%	75%	25%	
	n masculino	111	21	
	%	84,1%	15,9%	
Total	n	147	33	
	%	81,7	18,3%	

Género masculino  $n=132$ . Género feminino  $n=48$ ; Valores de  $\chi^2$  estatisticamente não significativos ( $p >,005$ )

Percentagem de consumos face a existência de uma relação de natureza conjugal

		Não consome	Consome	Total	$\times 2$
Tipo de relação	s/união	41(32,5%)	85(67,5%)	126(100%)	2,725(1)
	c/união	11(20,4%)	43(79,6%)	54(100%)	
	n	52	128	180	
Relação/ Heroína	s/união	107(84,9%)	19(15,1%)	126(100%)	,498(1)
	c/união	48(88,9%)	6(11,1%)	54(100%)	
	n	155	25	180	
Relação/ Estimulantes	s/união	94(74,6%)	32(25,4%)	126(100%)	,006(1)
	c/união	40(74,1%)	14(25,9%)	54(100%)	
	N	134	46	180	
Relação/ Cannabis	s/união	90(71,4%)	36(28,6%)	126(100%)	,021(1)

	c/união	38(70,4%)	16(29,6%)	54(100%)	
	N	128	52	180	
Relação/ Álcool	s/união	89(70,6%)	37(29,4%)	126(100%)	,281(1)
	c/união	36(66,7%)	18(33,3%)	54(100%)	
	n	125	55	180	
Relação/ BZD	s/união	104(82,5%)	22(17,5%)	126(100%)	,214(1)
	c/união	43(79,6)	11(20,4%)	54(100%)	
	n	147	33	180	

Valores de  $\chi^2$  estatisticamente não significativos ( $p >,005$ )

### Percentagem de consumos face a existência de filhos

		Não consome	Consome	$\times 2$
Existência de filhos	s/filhos	26(30,6%)	59(69,4%)	,226(1)
	c/filhos	26(27,4%)	69(72,6%)	
	n	52	128	
Filhos/ Heroína	s/filhos	73(85,9%)	12(14,1%)	,007(1)
	c/ filhos	82(86,3%)	13(13,7%)	
	n	155	25	
Filhos/ Estimulantes	s/filhos	62(72,9 %)	23(27,1%)	,191(1)
	c/filhos	72(75,8%)	23(24,2%)	
	N	134	46	
Relação/ Cannabis	s/filhos	55(64,7%)	30(35,3%)	3,216(1)
	c/filhos	73(76,8%)	22(23,2%)	
	N	128	52	
Relação/ Álcool	s/filhos	55(64,7%)	30(35,3%)	1,704(1)
	c/filhos	70(73,7%)	25(26,3%)	
	n	125	55	
Relação/ BZD	s/filhos	74(87,1%)	11(12,9%)	3,128(1)
	c/filhos	73(76,8%)	22(23,2%)	
	n	147	33	

Sem filhos n=85. Com filhos n= 95. Valores de  $\chi^2$  estatisticamente não significativos ( $p >,005$ )

### Comparação do nível de habilitações face aos consumos

		n	Média	dp	t test
Habilitações literárias	Consumos	128	3,53	1,01	-,159
	S/ consumos	52	3,56	1,01	
	C heroína	25	3,24	,97	1,601
	S/ heroína	155	3,59	1,01	
	C estimulantes	46	3,61	1,04	-,542
	S/estimulantes	134	3,51	1,00	
	C cannabis	52	3,44	,95	,817
	S/ cannabis	128	3,58	1,03	
	C álcool	55	3,40	,99	1,225
	S/ álcool	125	3,60	1,01	
	C BZD	33	3,55	,97	-,041
	S/ BZD	147	3,54	1,02	

Nota: Valores de t test estatisticamente não significativos.

Percentagem dos consumos face à situação laboral

		Situação laboral				Total
		empregado	Desemp.	Trab. esporádico/form.	reformado	
Consumos $\chi^2(3)=1,377$	Sim	36 (28,1%)	64 (50%)	16 (12,5%)	12 (9,4%)	128(100%)
	Não	19 (36,5%)	23(44,2%)	5 (9,6%)	5 (9,6%)	52(100%)
Heroína $\chi^2(3)=3,914$	Sim	8(32%)	15(60%)	2(8%)	0	25(100%)
	Não	47(30,3%)	72(46,5%)	19(12,3%)	17(9,4%)	155(100%)
Estimulantes $\chi^2(3)=8,949^*$	Sim	8(17,4%)	28(60,9%)	8(17,4%)	2(4,3%)	46(100%)
	Não	47(35,1%)	59(44%)	13(9,7%)	15(11,2%)	134(100%)
Cannabis $\chi^2(3)=10,223^*$	Sim	9(17,3%)	26(50%)	11(21,2%)	6(11,5%)	52(100%)
	Não	46(35,9%)	61(47,7%)	10(7,8%)	11(8,6%)	128(100%)
Álcool $\chi^2(3)=,214$	Sim	16(29,1%)	28(50,9%)	6(10,9%)	5(9,1%)	55(100%)
	Não	39(31,2%)	59(47,2%)	15(12%)	12(9,6%)	125(100%)
BZD $\chi^2(3)=12,480^*$	Sim	8(24,2%)	16(48,5%)	1(3%)	8(24,2%)	33(100%)
	Não	47(32%)	71(48,3%)	20(13,6%)	9(6,1%)	147(100%)
	Total	55	87	21	17	180(100)

\*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%

Resultados clínicos e da história toxicológica face à tipologia de rendimentos

		N	Média	dp	Anova
Nº de substâncias consumidas	Ordenado e reforma	70	,96	,92	F=2,401
	Apoios sociais, familiares...	94	1,30	1,12	
	Activid. Ilícitas e exclusão	16	1,38	1,20	
Nº de comorbilidades por pessoa	Ordenado e reforma	70	1,73	,99	F=,807
	Apoios sociais, familiares...	94	1,86	1,05	
	Activid. Ilícitas e exclusão	16	2,06	,92	
Tempo de programa	Ordenado e reforma	70	58,10	47,51	F=,838
	Apoios sociais, familiares...	94	49,55	39,70	
	Activid. Ilícitas e exclusão	16	49,31	44,91	
Anos de consumo	Ordena e reforma	70	15,71	6,66	F=1,279
	Apoios sociais, familiares...	94	17,63	7,94	
	Activid, ilícitas e exclusão	16	16,56	9,24	
Enfermeiro	Ordena e reforma	70	43,64	25,79	F=2,273
	Apoios sociais, familiares...	94	37,72	18,91	
	Activid, ilícitas e exclusão	16	48,13	26,82	

Diferença de médias estatisticamente não significativa; gl=2

Substâncias consumidas e a tipologia de consumos

		Ordenado e reforma	Apoios sociais, familiares	Atividades, ilícitas e exclusão	Total
Consumos $\chi^2(2)=1,626$	Sim	46 (35,9%)	70 (54,7%)	12 (9,4%)	128(100%)
	Não	24 (46,2%)	24(46,2%)	4 (7,7%)	52(100%)
Heroína $\chi^2(2)=2,006$	Sim	8(32%)	13(52%)	4(16%)	25(100%)
	Não	62(40%)	81(52,3%)	12(7,7%)	155(100%)
Estimulantes $\chi^2(2)=10,583^*$	Sim	10(21,7%)	28(60,9%)	8(17,4%)	46(100%)
	Não	60(44,8%)	66(49,3%)	8(6%)	134(100%)
Cannabis $\chi^2(2)=6,680^*$	Sim	14(26,9%)	35(67,3%)	3(5,8%)	52(100%)
	Não	56(43,8%)	59(46,1%)	13(10,2%)	128(100%)
Álcool $\chi^2(2)=,400$	Sim	21(38,2%)	28(50,9%)	6(10,9%)	55(100%)
	Não	49(39,2%)	66(52,8%)	10(8%)	125(100%)
BZD $\chi^2(2)=1,732$	Sim	14(42,4%)	18(54,5%)	1(3%)	33(100%)
	Não	56(38,1%)	76(51,7%)	15(10,2%)	147(100%)
	Total	70	94	16	180(100)

\*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%

### Relação entre tempo de programa e outros resultados clínicos

Relacionamos ainda o TP com outros resultados clínicos. Verificamos a permanência no programa como um fator relacionado com menor número de substâncias consumidas (tabela 68).

	r	Nº comorbilidades	Nº de substâncias consumidas
Tempo de programa		-,010	-,144

p>,005

### Comparação de médias dos resultados funcionais face à tipologia das profissões

		N	Média	dp	ANOVA
QV	1 Pessoal administrativo	13	61,84	9,915	F=,655
	2 Serviços pessoais	23	66,08	10,57	
	3 Trabalhador não qualificado	61	62,08	12,68	
	4 Trabalhador qualificado	56	62,44	10,18	
	5 Operador de instalações	12	67,08	10,95	
	6 Atividade intelectual	3	63,00	7,21	
	7 Técnicos intermédios	12	62,08	14,29	
CDS	1 Pessoal administrativo	13	57,38	15,94	F=2,223*
	2 Serviços pessoais	23	59,08	10,60	
	3 Trabalhador não qualificado	61	58,09	10,26	
	4 Trabalhador qualificado	56	59,28	10,01	
	5 Operador de instalações	12	67,83	9,59	
	6 Atividade intelectual	3	71,00	5,56	
	7 Técnicos intermédios.	12	61,75	7,62	
MHI5	1 Pessoal administrativo	13	16,69	4,47	F=1,915
	2 Serviços pessoais	23	17,13	5,38	
	3 Trabalhador não qualificado	61	17,75	5,92	
	4 Trabalhador qualificado	56	18,92	5,43	
	5 Operador de instalações	12	21,83	6,11	
	6 Atividade intelectual	3	23,00	1,73	
	7 Técnicos intermédios.	12	20,16	5,65	
SUCECS	1 pessoal administrativo	13	54,00	4,61	F=1,338
	2 Serviços pessoais	23	54,69	5,19	
	3 Trabalhador não qualificado	61	54,98	6,82	
	4 Trabalhador qualificado	56	57,23	6,36	
	5 Operador instalações	12	54,91	6,38	
	6 Atividade intelectual	3	54,00	2,00	
	7 Técnicos intermédios	12	52,75	8,25	

gl=6; \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

O grupo que mais consome qualquer tipo de substâncias são os trabalhadores qualificados (n=45, 80,4%). Podemos associar rendimento a este acesso a mais substâncias. Em relação ao consumo de heroína, consomem mais os trabalhadores qualificados (n=12, 21,4%), Estimulantes – pessoal administrativo e secretariado (n=4, 30,8%), Cannabis - pessoal administrativo e secretariado (n=5, 38,5%), Álcool – Atividade intelectual (n=2, 66,7%), BZD – Técnicos intermédios (n=6, 50%).

### Comparação de médias dos resultados face ao consumo de cannabis

Os que consomem assinalaram mais QV, mais SM e mais satisfação. Os que não consomem têm menos comorbilidades, menos anos de consumo e mais TP. Os que consomem assinalam maior importância ao papel dos enfermeiros, revelando a adequação das intervenções de proximidade

	Cannabis	N	Média	dp	T teste
QV	Não consome	128	62,61	11,83	-,779
	Consome a substância	52	64,07	10,21	
CDS	Não consome	128	60,75	10,39	2,199*
	Consome a substância	52	56,92	11,09	
MHI5	Não consome	128	18,18	5,98	-1,214
	Consome a substância	52	19,21	4,73	
SUCECS	Não consome	128	55,20	6,27	-,660
	Consome a substância	52	55,90	6,84	
Nº de comorbilidades por pessoa	Não consome	128	1,81	,945	-,315
	Consome a substância	52	1,87	1,18	
Anos de consumo	Não consome	128	16,29	7,88	-1,386
	Consome a substância	52	18,02	6,81	
Tempo de programa	Não consome	128	55,59	44,78	1,330
	Consome a substância	52	46,13	39,06	
Enfermeiro	Não consome	128	40,26	23,72	,434
	Consome a substância	52	42,65	20,07	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

#### Comparação de médias dos resultados face ao consumo de álcool.

Os dados referentes ao consumo de álcool não concorrem para a hipótese tal como mais satisfação nos que consomem e menos comorbilidades nos que consomem. Concorram para a hipótese a QV, o CDS, os anos de consumo e o TP. Os que consomem assinalam maior importância ao papel dos enfermeiros.

	Alcool	N	Média	dp	t test
QV	Não consome	125	63,21	12,17	,347
	Consome a substância	55	62,63	9,41	
CDS	Não consome	125	60,04	10,17	,750
	Consome a substância	55	58,74	11,90	
MHI5	Não consome	125	17,92	6,07	-2,267*
	Consome a substância	55	19,74	4,37	
SUCECS Soma do valor total	Não consome	125	55,27	6,81	-,454
	Consome a substância	55	55,70	5,52	
Nº de comorbilidades por pessoa	Não consome	125	1,84	1,00	,242
	Consome a substância	55	1,80	1,06	
Anos de consumo	Não consome	125	16,17	7,49	-1,658
	Consome a substância	55	18,20	7,74	
Tempo de programa	Não consome	125	52,96	43,82	,049
	Consome a substância	55	52,62	42,52	
enfermeiro	Não consome	125	40,06	23,19	-,796
	Consome a substância	55	42,98	21,60	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

#### Comparação de médias de resultados clínicos e da história toxicológica face à doença mental

	Doença mental	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	137	1,65	,95	-4,348*
	Sim	43	2,40	1,00	
Tempo de programa	Não	137	51,73	42,90	-,621
	Sim	43	56,44	44,91	
Dose de metadona	Não	137	74,76	42,10	,339
	Sim	43	72,31	38,42	
Nº de substâncias consumidas	Não	137	1,07	,97	-1,958
	Sim	43	1,49	1,27	
Enfermeiro	Não	137	41,36	23,59	,429
	Sim	43	39,65	19,77	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

### Resultados funcionais face à doença respiratória

	Pat. Respiratória	N	Média	dp	t test
QV	Não	159	63,30	11,47	,873
	sim	21	61,0	10,67	
CDS	Não	159	59,64	10,90	-,008
	sim	21	59,66	9,36	
MHI5	Não	159	18,69	5,70	1,363
	sim	21	16,90	5,15	
SUCECS	Não	159	55,67	6,43	1,577
	sim	21	53,33	6,19	

gl=178, p>,05

### Resultados clínicos e da história toxicológica face à doença respiratória

	Patologia respiratória	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Não	159	1,75	1,01	-2,937*
	sim	21	2,43	,87	
Tempo de programa	Não	159	50,38	41,77	-1,835
	sim	21	71,62	50,82	
Dose de metadona	Não	159	76,35	41,37	1,966
	sim	21	57,71	36,30	
Nº de substâncias consumidas	Não	159	1,20	1,09	1,005
	sim	21	,95	,86	
Enfermeiro	Não	159	39,79	22,60	-1,896
	sim	21	49,71	22,02	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

### Resultados funcionais face ao VIH

	VIH	N	Média	dp	t test
QV	Não	135	62,48	11,81	-1,124
	sim	45	64,68	9,92	
CDS	Não	135	59,75	10,65	,228
	sim	45	59,33	11,01	
MHI5	Não	135	18,47	6,02	-,044
	sim	45	18,51	4,46	
SUCECS	Não	135	55,63	6,53	,418
	sim	45	54,71	6,14	

gl=178, p>,05

Os participantes que assinalam comorbilidades permanecem mais tempo nos programas, têm prescrito maior dose de metadona, consomem mais substâncias e atribuem aos enfermeiros menor importância para o seu estado atual, todas estas diferenças não são estatisticamente significativas.

### Resultados clínicos e da história toxicológica face a presença de comorbilidades

	Comorbilidades	N	Média	dp	t test
Nº de comorbilidades por pessoa	Sim	153	1,97	1,04	10,114*
	Não	27	1,04	,19	
Meses de programa	Sim	153	55,22	44,11	1,750
	Não	27	39,48	36,32	
Dose de metadona	Sim	153	75,25	43,26	1,170
	Não	27	68,09	26,09	
Nº de substâncias consumidas	Sim	153	1,22	1,07	1,304
	Não	27	,93	,99	
Enfermeiro	Sim	153	40,67	22,57	-,398
	Não	27	42,56	23,76	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

Relação entre a idade de início de consumos e resultados funcionais

Idade 1º uso	r	QV	CDS	MHI5	SUCECS
		,064	,115	-,009	,008

n=180, p >,05

Comparação de médias da idade de início de consumos face ao consumo atual de substâncias

		n	Média	dp	T test
Idade de 1º uso	C/ heroína	25	17,44	4,56	,828
	S/ heroína	155	18,43	5,69	
	C/ estimulantes	46	17,11	4,31	1,687
	S/estimulantes	134	18,70	5,87	
	C/ cannabis	52	15,63	2,94	4,290*
	S/ cannabis	128	19,38	5,99	
	C/ álcool	55	17,51	5,06	1,261
	S/ álcool	125	18,64	5,74	
	C BZD	33	18,15	4,96	,163
	S/ BZD	147	18,33	5,69	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

Diferença de média de anos de consumo face aos consumos atuais.

		n	Média	dp	t test
Anos de consumo	C/ heroína	25	18,92	8,86	-1,514
	S/ heroína	155	16,45	7,36	
	C/ estimulantes	46	18,07	7,77	-1,321
	S/estimulantes	134	16,35	7,53	
	C/ cannabis	52	18,02	6,81	-1,386
	S/ cannabis	128	16,29	7,88	
	C/ álcool	55	18,20	7,74	-1,658
	S/ álcool	125	16,17	7,49	
	C BZD	33	19,42	8,67	-2,225*
	S/ BZD	147	16,20	7,25	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

Diferenças de médias da dose de metadona face aos consumos atuais

		n	Média	dp	t test
Dose de metadona	C/ heroína	25	84,28	33,88	-1,325
	S/ heroína	155	72,54	42,08	
	C/ estimulantes	46	77,60	36,34	-,654
	S/estimulantes	134	73,00	42,76	
	C/ cannabis	52	78,91	39,17	-,984
	S/ cannabis	128	72,25	41,94	
	C/ álcool	55	76,50	39,82	-,503
	S/ álcool	125	73,15	41,85	
	C BZD	33	93,63	59,54	-2,216*
	S/ BZD	147	69,80	34,58	

gl=178, \*Comparação significativa com intervalo de confiança de 95%.

**Dados de estatística descritiva da hipótese 5. Relações estrutura-resultado.** Dados estatisticamente não significativos

Quanto à QV, as variáveis que se relacionam positivamente são: ter filhos, ser do género masculino, mais TP, menos anos de consumo. Os utentes que consomem heroína e cannabis e os portadores de VIH parecem ter mais QV, no entanto, estes dados, que deve ser analisado sob a perspectiva de que nos participantes que consomem estas duas substâncias, a maioria trabalha. Nos portadores de VIH, apenas 37,8% estão desempregados. Por outro lado Não contribuem para uma melhor percepção da QV, ter doença física, ter doença respiratória, ser portador HCV, o consumo de álcool e de estimulantes.

Quanto à SM as variáveis que se relacionam positivamente são: Não ter filhos, permanecer mais tempo no programa, o consumo de heroína e o consumo de cannabis (relação esta que deve ser analisada sob a perspectiva já referida anteriormente no resultado QV). Por outro lado não contribui para a SM a presença de qualquer comorbilidade. Está associada a menor SM maiores doses de metadona (a necessidade de mais metadona esta associada a mais comorbilidades e a mais consumos, logo a menos SM).

Quanto ao CDS as variáveis que se relacionam positivamente são: não ter uma relação de natureza conjugal. Relaciona-se com menor valor de CDS o consumo de álcool, menos TP um consumo precoce de substâncias.

Em relação ao resultado “SUCECS” os dados apontam para que a inexistência de uma relação de natureza conjugal e a abstinência de heroína contribuam para uma melhor satisfação a com os cuidados. Por outro lado as variáveis associadas a uma menor satisfação são: ter filhos, género feminino, mais habilitações, estar empregado, viver de atividades ilícitas, mais policonsumo, doença física, mental, VIH e patologia respiratória.

Quanto ao TP as variáveis que estão associadas a sua redução são: Não ter uma relação de natureza conjugal, género feminino, consumir heroína, estimulantes e cannabis, maior policonsumo. Por outro lado está associado a mais TP o consumo de BZD, ter filhos, ter um ordenado, ter comorbilidades, ter uma doença física, mental, VIH, patologia respiratória, iniciar consumos mais tardiamente.

Em relação ao número de anos de consumo, as variáveis relacionadas com o seu prolongamento são: não ter uma relação de natureza conjugal, consumo de heroína, estimulantes, cannabis e álcool. As variáveis que apontam para uma redução dos anos de consumo são: ter filhos, estar empregado, ter um ordenado, ter mais habilitações e iniciar consumos mais tarde.

Em relação à variável estrutural idade verificamos que os dados apontam para inúmeras relações. Quanto maior a idade mais comorbilidades, menos substâncias consumidas, menos consumos de heroína, de estimulantes, de álcool, mais consumos de BZD.

Se com a idade, tende a subir o CDS, e a isto associamos que diminui o nº de substâncias consumidas, este consumo assume maior peso na gestão das consequências que o aumento do nº de comorbilidades pois estas, mesmo a aumentar com a idade, diminui o CDS.

Em relação às comorbilidades, as variáveis que estão associadas a uma maior expressão desta variável são: maior idade, consumos de heroína, consumos de cannabis, ter uma doença física, maior nº de entradas no programa.

Quanto ao nº de substâncias consumidas os dados apontam para que estas diminuam à medida que a idade aumenta, ter filhos, com a existência de um emprego, um ordenado, com mais TP, não ter comorbilidades, com menos reentradas no programa. Por outro lado, verificamos que contribuem para mais substâncias consumidas ter uma relação de natureza conjugal, ter perturbação mental.

Em relação à condição de género mulher, depois das relações já mencionadas, destacamos que os dados apontam para que consumam menos substâncias que os homens, que dão mais importância ao papel dos enfermeiros, que consomem mais BZD e consomem mais estimulantes.

Quanto ao nº de entradas, os dados apontam para que seja maior quanto mais cedo se iniciaram consumos e quando há mais policonsumo.

Os que não têm perturbação mental, não têm VIH e estão abstinente face ao consumo de BZD, atribuem menor importância ao papel dos enfermeiros.

Aos dados apontam ainda a relação entre algumas variáveis estruturais e o consumo de algumas substâncias. Em relação ao consumo de heroína, os dados apontam mais consumos nos que não têm uma relação de natureza conjugal, nos desempregados e nos que vivem de apoios sociais e familiares, e menos consumos nos que têm filhos, mais habilitações e menos anos de consumo.

Em relação aos estimulantes, os dados apontam mais consumos nos que têm mais habilitações, nos desempregados, nos que vivem de apoios sociais e familiares, e menos consumos nos que têm filhos, nos que têm menos anos de consumo e iniciam consumos mais tarde.

Em relação à cannabis, os dados apontam mais consumos nos desempregados, nos que vivem de apoios sociais e familiares, e menos consumos nos que têm mais habilitações, nos que têm filhos, nos que não têm uma relação de natureza conjugal, nos que apresentam menos anos de consumo.

Em relação ao álcool, os dados apontam para mais consumo nos desempregados, nos que vivem de apoios sociais e familiares, e menos consumos nos que têm mais habilitações, têm filhos, não têm uma relação de natureza conjugal e apresentam menos anos de consumo.

Finalizando, em relação às BZD os dados apontam para mais consumos nos que têm comorbilidades, tem doença física, tem doença mental, os trabalhadores não qualificados, os que vivem de apoio social e familiar, estão desempregados. Associa-se mais consumos aos que têm filhos. A variável relacionada com a diminuição dos consumos foi a inexistência de uma relação de natureza conjugal.

***Anexo IX- Dados de estatística descritiva dos participantes-enfermeiros***

O estudo da homogeneidade dos dados da **variável idade**, utilizando o teste de Levene de homogeneidade de variâncias, não foi conseguido pela impossibilidade para estipular a mediana na equipa A. Os dados da variável idade não apresentaram distribuição normal na equipa A (SW=,750;  $p < 0,01$ ), mas assumiram uma distribuição normal na equipa B (SW=,803;  $p = ,122$ ) e na equipa C (SW= ,916;  $p = ,517$ )

Comparação múltipla pós hoc da variável idade entre equipas

Local	Local	Diferença entre médias
A	B	-12,33
	C	-20,33*
B	A	12,33
	C	-8,00
C	A	20,33*
	B	8,00

\*Com um intervalo de confiança de 95%

Distribuição da variável **tempo de profissão**

Tempo de profissão	Local	Resultados	
F=8,090 p= 0,015 gl=2	A	Média	44,33
		dp	12,09
		Mínimo	32
		Máximo	53
	B	Média	173,33
		dp	117,93
		Mínimo	40
		Máximo	264
	C	Média	276,50
		dp	63,06
		Mínimo	222
		Máximo	366
Total	Média	175,9	
	Dp	121,29	
	Máximo	32	
	Mínimo	366	

Comparação pós hoc da média do tempo de profissão

Loca	Loca	Diferença de médias
A	B	-129,00
	C	-232,16*
B	A	129,00
	C	-103,16
C	A	232,16*
	B	103,16

\*Comparação significativa para um intervalo de confiança de 95%

A comparação múltipla de médias entre as 3 amostras revelou diferenças significativas ( $p < ,005$ ) entre a amostra A e C.

Comparação pós-hoc da média do tempo de trabalho com pessoas dependentes

Loca	Loca	Diferença de médias
A	B	-77,00
	C	-163,50*
B	A	77,00
	C	-86,50
C	A	163,50*
	B	86,50

\*Comparação significativa para um intervalo de confiança de 95%

Ponderação da frequência com que cada intervenção é realizada, com a necessidade da totalidade dos enfermeiros realizar pelo menos com valor 4 (assiduamente)

Frequência com que cada intervenção é realizada / por unidade

	N	A	B	C	Média
QE.I1	10	4,67	4,00	4,25;1enf<4	4,30
QE.I2	10	4,00	3,33	3,25	3,50
QE.I3	10	4,00	4,00	3,75	3,90
QE.I4	10	3,33	3,67	3,25	3,40
QE.I5	10	2,67	2,67	2,25	2,50
QE.I6	10	4,67	4,33	4,25	4,40
QE.I7	10	4,33	4,00;1enf <sup>o</sup> <4	3,00	3,70
QE.I8	10	3,33	3,33	3,50	3,40
QE.I9	10	4,00	4,67	3,75	4,10
QE.I10	10	4,00	4,00	3,50	3,80
QE.I11	10	3,67	3,67	4,00	3,80
QE.I12	10	3,67	3,33	3,25	3,40
QE.I13	10	3,67	3,33	3,25	3,40
QE.I14	10	3,00	3,00	3,25	3,10
QE.I15	10	3,33	3,00	3,50	3,30
QE.I16	10	3,67	4,33	3,00	3,60
QE.I17	10	4,33	4,00	3,50	3,90
QE.I18	10	4,67	3,67	4,50	4,30
QE.I19	10	2,67	3,00	3,25	3,00
QE.I20	10	3,33	3,00	3,25	3,20
QE.I21	10	3,33	3,00	2,75	3,00
QE.I22	10	3,33	3,33	3,25	3,30
QE.I23	10	3,33	3,33	3,50	3,40
QE.I24	10	2,67	2,33	2,25	2,40
QE.I25	10	4,33	4,00	2,75	3,60
QE.I26	10	4,67	3,00	3,50	3,70
QE.I27	10	5,00	4,33	4,75	4,70

QE.I28	10	4,00	4,00	4,00;1enf<4	4,00
QE.I29	10	5,00	3,67	4,25	4,30
QE.I30	10	4,67	3,67	3,75	4,00
QE.I31	10	4,67	3,33	3,75	3,90
QE.I32	10	3,67	3,00	3,50	3,40
QE.I33	10	3,67	4,00	3,25	3,60
QE.I34	10	4,33	3,67	3,75	3,90
QE.I35	10	4,33	3,33	3,25	3,60
QE.I36	10	4,67	4,00	4,00;1enf<4	4,20
QE.I37	10	4,00;1enf<4	2,33	3,50	3,30
QE.I38	10	4,00	3,33	3,25	3,50
QE.I39	10	3,00	3,33	3,50	3,30
QE.I40	10	3,67	3,33	3,25	3,40
QE.I41	10	4,67	4,00	4,25	4,30
QE.I42	10	3,33	2,00	3,50	3,00
QE.I43	10	3,67	4,00;1enf<4	4,25;1enf<4	4,00
QE.I44	10	3,67	4,33	3,75	3,90
QE.I45	10	4,67	4,67	4,25;1enf<4	4,50
QE.I46	10	3,67	4,00	4,00	3,90
QE.I47	10	4,00	3,67	3,25	3,60
QE.I48	10	4,67	4,00	4,50	4,40
QE.I49	10	4,33	4,33	4,75	4,50
QE.I50	10	5,00	4,67	4,75	4,80
Int. sistemáticas	10	26	19	10	

***Anexo X - Matriz de relação entre variáveis estruturais, de processo e de resultado***



Quadro nº - Matriz de relação entre variáveis estruturais utentes e unidades/variáveis de processo e variáveis de processo/variáveis de resultado

	Perceção do tempo para cuid. Indiretos	SUCECS	TP	Importância do papel dos enfermeiros	QV	CDS	SM
<b><u>Variáveis Enfermeiros</u></b>							
Formação especializada	-	T=5,434;p=,01 ↑↑	-	-	-	-	-
Exp. profissional	-	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
Exp. profissional com dependentes	rho=-,687; p=,028 ↑↓	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
ICC	-	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
Idade	r=-,670; p=,034 ↑↓	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
<b><u>Variáveis unidades</u></b>							
JDS	-	F=17,09;p<,001↑↑	-	-	-	-	-
< Rácio enfº/utentes	-	F=17,09;p<,001↑↑	-	-	-	-	-
> Perceção do tempo para cuid. Indiretos	-	F=17,09;p<,001↑↑	-	-	-	-	-
> Nº de horas atendimento indireto	-	F=17,09;p<,001↑↑	-	-	-	-	-
> Nº de horas atendimento direto	-	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
> Perceção de tempo para cuidados diretos	-	F=17,09;p<,001↑↓	-	-	-	-	-
<b><u>Variáveis de processo</u></b>							
SUCECS	-	-	-	-	r=,195;p=,009 ↑↑	-	r=,196;p=,008 ↑↑
TP	-	-	-	r=,164; p=,028 ↑↑	-	r=,225;p=,002 ↑↑	-
Nº intervenções sistemáticas	-	F=17,09;p<,001↑↑	F=9,141;p<,001↑↓	-	-	F=6,333; p=,002 ↑↓	-

Quadro nº a.- Matriz de relações significativas entre variáveis estruturais utentes/resultados relacionados com o processo, com resultados clínicos e funcionais.

Variáveis estruturais utentes /resultados	SUCECS	TP	Importância do papel dos enfermeiros	Comorbilidades	Anos de consumo	Nº de substâncias	Consumos	Dose de metadona	QV	CDS	SM
Idade	-	r=,285;p<,001 ↑↑	-	-	-	-	t=2,037;p=,043 ↑↓ Cannabis	-	-	-	-
Emprego	-	F=3,788;p=,011 ↑↑	-	F=8,245;p<001 ↑↓	-	-	↑↓ Estimulantes p=,030 ↑↓ Cannabis p=,017 ↑↓ BZD p=,006	-	F=6,038;p=,001 ↑↑	F=25,175;p<,001 ↑↑	F=5,563;p=,001 ↑↑
Ordenado	-	-	-	-	-	-	↑↓ Estimulantes p=,005 ↑↓ Cannabis p=,035	-	F=11,835;p<,001 ↑↑	F=33,286;p<,001 ↑↑	F=7,723;p=,001 ↑↑
Trabalho intelectual	-	-	-	-	-	-	-	-	-	F=2,228;p=,043 ↑↑	-
Trabalho não qualificado	-	-	-	-	-	-	↑↑BZD P=,019	-	-	-	-
Vivência conjugal	-	-	-	-	-	-	-	-	T=-2,187;P=,030 ↑↑	-	-
Habilitações	-	-	-	R=-,240;P=,001 ↑↓	-	-	-	-	-	R=,150;P=,044 ↑↑	-
Ser mulher	-	-	-	t=2,048;p=,042 ↑↑	T=-5,408; P<,001	↑↓	-	-	-	-	T=-3,506;P=,010 ↑↓
Ter filhos	-	-	-	t=2,740;p=,007 ↑↑	-	-	-	-	-	-	-
Doença física	-	-	-	T=6,926; p<,001 ↑↑	-	-	↑↑BZD P=,014	-	-	T=2,632; p=,009 ↑↓	T=2,491; p=,014 ↑↓

Quadro nº b.- Matriz de relação entre variáveis estruturais utentes/resultados relacionados com o processo, com os resultados clínicos e funcionais e relação resultados/resultados

Variáveis estruturais utentes /resultados	SUCECS	TP	Importância do papel dos enfermeiros	Comorbilidades	Anos de consumo	Nº de substâncias	Consumos	Dose de metadona	QV	CDS	SM
Doença física	-	-	-	t=6,926; p<,001 ↑↑	-	-	↑↑BZD p=,014	-	-	T=2,632; p=,009 ↑↓	T=2,491; p=,014 ↑↓
Doença mental	-	-	-	t=4,348; p<,001 ↑↑	-	-	↑↑BZD p<,001	-	T=3,493; p=,001 ↑↓	T=4,435; p<,001 ↑↓	T=2,991; p=,012↑↓
Pat. Respiratória	-	-	-	T=2,937; p=,004 ↑↑	-	-	-	-	-	-	-
HIV	-	-	-	T=4,392; p<,001 ↑↑	-	-	↑↑BZD p=,001	T=2,346;p=,023 ↑↑	-	-	-
HCV	-	-	T=2,037; p=,043 ↑↓	T=5,924; p<,001 ↑↑	-	-	-	T=2,837; p=,005 ↑↑	-	T=4,326; p<,001 ↑↓	T=3,160; p=002 ↑↓
Nº Comorbilidades	-	-	-	-	-	-	-	R=,217; p=,003 ↑↑	-	-	R=,214; p=,004 ↑↓
Sem doenças	-	-	-	T=10,114; p<,001 ↑↓	-	-	↑↓BZD p<,033	-	T=2,452; p=,018 ↑↑	T=4,071; p<,001↑↑	T=3,576; p<,001 ↑↑
Heroína	-	T=2,241; p=,026 ↑↓	-	-	-	T=8,539; p<,001 ↑↑	-	-	-	T=2,576; p=,015↑↓	-
Estimulantes	T=2,192; p=,030 ↑↓	T=2,039; p=,043 ↑↓	-	-	-	T=9,898; p<,001 ↑↑	-	-	-	T=4,855; p<,001↑↓	T=2,838; p=,005↑↓
Cannabis	-	-	-	-	-	T=7,978; p<,001 ↑↑	-	-	-	T=2,199; p=,029↑↓	-
Álcool	-	-	-	-	-	T=6,689; p<,001 ↑↑	-	-	-	-	T=-,267; p=,025↑↑
BZD	T=3,434; p=,001 ↑↓	-	-	T=3,034; p=,003 ↑↑	T=2,225; P=,027 ↑↑	T=4,851; p<,001 ↑↑	-	T=2,216; p=,033 ↑↑	T=2,388; p=,018↑↓	T=2,225; p=,027↑↓	T=2,305; p=,022↑↓
Nº de substâncias	-	-	-	-	R=,234;P=,002 ↑↑	-	-	R=,182;p=,015 ↑↑	-	r=,370; p<,001↑↓	-
Consumos IV	-	-	-	-	-	-	-	-	T=-,2,373; p=,019 ↑↓	-	-
> Reentradas	r=-,220; p=,003 ↑↓	R=-,158; p=,034 ↑↓	-	-	-	-	-	-	R=-,159; p=,033 ↑↓	R=-,273; p<,001 ↑↓	R=-,212; p=,004 ↑↓
Dose de metadona	-	-	-	-	R=,172; P=,021 ↑↑	-	-	-	-	R=-,244;p=,001 ↑↓	-

