

6

Gestão de Cuidados de Enfermagem para uma Assistência Efectiva e Integrada à Pessoa com Toxicodependência

ANA SEQUEIRA, JOAQUIM LOPES

RESUMO

A toxicodependência, fenómeno complexo, continua a constituir um desafio ao nível das políticas nacionais objectivando-se o Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 (IDT, 2005) com a construção de respostas integradas, centradas na pessoa e valorizando o tratamento. O referido plano preconiza, para esse fim, a criação da figura de Gestor de Cuidados. O modelo assistencial centrado nesta figura, revela-se um modelo mais flexível, integrador e efectivo nas respostas às pessoas com toxicodependência, logo, com melhor prestação da equipa de tratamento no seu conjunto e de cada técnico em particular. O presente artigo pretende descrever a implementação deste modelo na Equipa de Tratamento do Barreiro e as suas implicações, muito em especial para a enfermagem, uma vez que é pioneiro no IDT no que se refere à participação dos enfermeiros. Constitui ainda uma reflexão sobre a gestão de cuidados de enfermagem com pessoas com toxicodependência, orientada para a pessoa, como resultado de uma re-identificação conceptual do conceito de gestão de caso. Sublinhamos a relevância da gestão de cuidados para a enfermagem enquanto disciplina científica, enquanto profissão autónoma, intelectual e científica e, principalmente, para as pessoas com toxicodependência, com múltiplas necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras-chave: Pessoa com Toxicodependência, Equipa de Tratamento, Modelo Assistencial, Gestão de Cuidados de Enfermagem.

RÉSUMÉ

La toxicomanie, le phénomène complexe, continuant à constituer un défi au niveau des politiques nationales en s'objectivant le *Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 (IDT, 2005)*, avec la construction de réponses intégrées, centrées dans la personne et en valorisant le traitement.

Ledit plan fait prévoir, pour cette fin, la création de la figure de Manager de Soins. Le modèle d'assistance centré dans cette figure, se révèle un modèle plus flexible, intégrateur et effectif dans les réponses aux nécessités des usagers, ensuite, avec meilleure prestation de l'équipe de traitement dans son ensemble et de chaque professionnel en particulier.

Le présent article vise à décrire la introduction de ce modèle dans l'Équipe de Traitement de Barreiro et leurs implications, très en particulier pour la métier d'infirmier.

Il constitue encore une réflexion sur la gestion des soins infirmiers avec des personnes en tenant dépendance de substances, dirigée pour la personne, comme en résultant d'une reidentification conceptuelle du concept de gestion de cas.

Nous soulignons l'importance de la gestion de soins pour la Métier d'Infirmier tant que discipline scientifique, tant que profession indépendante et intellectuelle et principalement pour les personnes avec dépendance de substances, avec multiples nécessités de santé sensibles aux soins infirmiers.

Mots-clé: Personnes avec Dépendance de Substances; Equipa de Tratamento; Modèle d'Assistance; Gestion de Soins Infirmiers.

ABSTRACT

Drug addiction still remains a challenge concerning Portuguese national intervention policies. The national intervention guidelines presented in the Plano Nacional Contra a Droga e a Toxicodependência 2005-2012 (IDT, 2005), propose a substantial number of integrative interventions, mostly centered on the unique characteristics of each patient, with strong emphasis on effective treatment strategies.

The aforementioned plan proposes, as a way to fulfill that goal, the designation of a Care Manager. An assistential model centered on this figure reveals itself as a more integrative, flexible and effective way of responding to the patient's needs and thus, it impacts the team work in a positive way.

The present article gives a brief description of the Care Manager model implementation in a drug addiction treatment centre – Treatment Team of Barreiro – as well as to point out its implications regarding the treatment dynamics of the nursing team. Additionally, it proposes a reflection on the nursing care management, devoted to substance abuse patients, which is mainly person-oriented, and constitute the result of a conceptual re-identification of the "Case Management" concept.

Finally, the importance of care management is stressed not only for the nursing care as a scientific domain and an autonomous profession, but also to all those people who present difficulties related to substance abuse, which invariably display multiple health care needs that pertain to nursing care.

Key Words: Substance abuse patients; Substance abuse multidisciplinary treatment team; Assistential Model; Nursing Care Management.

1 – INTRODUÇÃO

O fenómeno da toxicoddependência, crescente na União Europeia, reveste-se de toda uma complexidade individual, familiar e sócio-cultural que suscita na actualidade o seu enquadramento nas políticas nacionais, bem como o alargamento do âmbito das estratégias de luta contra a droga (OEDT, 2006). A Estratégia da União Europeia de Luta contra a Droga (CUE, 2005) define claramente, para além dos objectivos que reportam ao combate à criminalidade e ao tráfico, bem como ao reforço dos mecanismos de cooperação internacional, objectivos no âmbito da saúde a implementar no espaço da União até 2012: "*Atingir um nível elevado de protecção da saúde, de bem-estar e de coesão social complementando a acção dos Estados Membros em matéria de prevenção e redução do consumo de droga, da dependência e das consequências nefastas da droga em termos sociais e de saúde*" (idem, 3).

Em Portugal, a avaliação da Estratégia Nacional de Luta Contra a Droga e a Toxicoddependência realizada em 2004 pelo IDT, apontou limitações nas respostas articuladas e geograficamente abrangentes, assim como dificuldades de potenciação da articulação intra e inter-institucional no plano de uma intervenção integrada. Desta avaliação resultou um conjunto de recomendações para o futuro que procuram melhorar as respostas ao aumento do número de utentes e à diversificação das suas necessidades de cuidados. A **centralidade na pessoa humana**, o **reconhecimento e valorização do tratamento** e a **construção de respostas integradas**, são por isso algumas das linhas de força do actual Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicoddependências 2005 – 2012 (IDT, 2005), que prevê para a implementação e/ou melhoramento de respostas num registo simultaneamente vertical (rede de referenciação) e horizontal (articulações dos diferentes vectores no processo de cuidados), a criação da figura do gestor de cuidados (IDT, 2006, pp 32)¹.

2 – GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM SUBSÍDIOS PARA O ENTENDIMENTO E EVOLUÇÃO DO CONCEITO

Cada termo tem o seu tempo. Cada termo tem a sua história.

Como tal, na procura do entendimento e evolução do conceito de "Gestor de Cuidados de Enfermagem", partimos da análise de um conceito cronologicamente prévio e de longe mais tratado quer em termos teóricos, quer na investigação que em torno dele já se desenvolveu: o conceito de "Gestor de Caso". Procuraremos por conseguinte, nesta parte do trabalho, explicitar o conceito de Gestor de Caso, afirmar da sua associação à enfermagem e, por fim, reconceptualizá-lo na perspectiva da gestão de cuidados de enfermagem.

2.1 – Gestão de casos *versus* cuidados gerenciados Divergências de orientação

O termo Gestão de Casos surgiu pela primeira vez nos anos 70, nos Estados Unidos da América, na literatura sobre serviço social, tornando-se, especialmente nos anos 80, um termo popular que passou a fazer parte da terminologia de cada vez mais profissionais de saúde (Rice, 2004). Desde então, várias têm sido as definições e termos utilizados para designar o modelo assistencial de Gestor de Caso.

Num estudo que teve como objectivo definir o conceito de "gestão de caso" apresentado na literatura de enfermagem Norte-Americana nas décadas de 80 e 90 (1980 a 1999), Casarin *et al* (2003), referem o "cuidado gerenciado", a "integração clínica", a "gestão de caso colaborativa", a "integração de serviços" e a "gestão de cuidados" como alguns dos termos substitutos que, à priori, parecem concorrer para o mesmo entendimento sobre o gestor de caso. Numa análise mais profunda, contudo, Powell (1996) e Frankel e Gelman (1998) consideram que as significações dos diferentes termos os permitem alinhar de acordo com duas categorias fundamentais: os que decorrem da orientação para o sistema e os que decorrem da orientação para a pessoa (cliente ou beneficiário dos cuidados de saúde). Distinguem, nesta perspectiva, respectivamente, a orientação mais representada pelo termo "cuidado gerenciado" ("*managed care*"), da orientação da gestão de caso.

QUADRO 1 – Orientação do Cuidado Gerenciado "versus" orientação da Gestão de Caso.

Cuidado Gerenciado (<i>managed care</i>) (orientado para o sistema)	Gestão de Caso (orientado para a pessoa)
Trabalha com os protocolos mais eficientes e efectivos para cada diagnóstico	Trata o caso individualmente
Algoritmos clínicos diagnóstico-específicos	Algoritmos clínicos são pessoa-específicos
Ocorre dentro de um ambiente específico	Sensível ao ambiente da pessoa
Programado para promover um resultado de qualidade padrão para todos os beneficiários dos cuidados	Procura promover um resultado de qualidade para a pessoa
Processo repetitivo, insere todos os beneficiários dos cuidados dentro de uma classificação diagnóstica da qual decorre a mesma sucessão de actividades assistenciais	Pessoa é considerada individualmente. Metas e actividades são formuladas passo a passo.
Retroalimenta continuamente o sistema, mas sem mudanças no processo de cuidados	Apoia-se na retroalimentação mas modifica o planeamento para atender às metas e responder às circunstâncias únicas da pessoa
Inspira-se na eficácia e eficiência do funcionamento do sistema de cuidados	Inspira-se no cuidado holístico e humano dos beneficiários de cuidados e familiares

Adaptado a partir de: Powell (1996) e Frankel e Gelman (1998)

O esclarecimento destas divergências fundamentais e inconfundíveis contribui, estamos em crer, para um melhor entendimento da orientação e escopo da orientação assistencial que se inscreve na coluna direita do Quadro 1 (orientada para a pessoa). E, apesar de outras designações se aplicarem, baseado numa equipa de saúde ou num único profissional que se responsabiliza pelo *continuum* de cuidados às pessoas beneficiárias dos cuidados durante todo o processo assistencial, diagnosticando, planeando, implementando, coordenando, monitorizando e avaliando opções e serviços de acordo com as necessidades de saúde da pessoa em causa, por meio de recursos disponíveis e de comunicações para promover resultados efectivos e de qualidade (Gonzales *et al*, 2003), o termo gestão de caso (o mais amplamente utilizado) afirmou na literatura do último quartel do século XX o princípio dos modelos de organização de cuidados de saúde holísticos, multidisciplinares e multiprofissionais, direccionados para a pessoa beneficiária, nas suas idiosincrasias.

2.2 – Gestão de caso versus processo de enfermagem. Coincidências Processuais

Para Secords (1987) citado por Stanhope e Lancaster (1999) é expressiva a ligação que se estabelece entre a enfermagem e o modelo do Gestor de Caso, uma vez que a Gestão de Caso tem, enquanto processo, componentes que complementam o processo de enfermagem, como indicadas no quadro que se segue.

QUADRO 2 – Relação entre o Processo de Enfermagem e o Processo de Gestão de Casos.

Processo de Enfermagem		Processo de Gestão de Caso	
Etapas	Actividades	Etapas	Actividades
Identificação	Colhe e analisa dados	Procura do caso: identificação dos incentivos para a população alvo; rastreio e admissão; determinação da elegibilidade; avaliação	Desenvolve redes com a população alvo, divulga material escrito, procura referências, aplica instrumentos de rastreio de acordo com as finalidades e os objectivos do programa, aplica métodos de avaliação global (física, social, emocional, cognitiva, económica e da capacidade do autocuidado), faz conferências interdisciplinares, com a família e o utente
Diagnóstico	Determina necessidades em cuidados de enfermagem	Identificação do problema	Determina conclusões com base na identificação, usa equipas interdisciplinares
Planeamento	Estabelece prioridades de cuidados; Formula objectivos dos cuidados	Priorização dos problemas; Planeamento de acordo com as necessidades de cuidados	Valida e prioriza os problemas com todos os participantes, desenvolve actividades, cronogramas e opções, consegue o consentimento dos utentes para a implementação, ajuda o utente a escolher as opções
Implementação (e avaliação intermédia)	Valida o plano de cuidados; Desenvolve os cuidados; Documenta os cuidados e os efeitos dos cuidados; Reavalia as necessidades em cuidados de enfermagem	Defesa dos interesses do utente; combinação da prestação de serviços; monitorização dos utentes durante o processo de cuidados.	Contacta os prestadores, negocia serviços, coordena a prestação dos serviços, monitoriza as mudanças no estado do utente e dos serviços
Avaliação final	Avalia e compara as necessidades em cuidados de enfermagem	Reavaliação	Examina os resultados em comparação com os objectivos, examina as necessidades em comparação com os serviços prestados, examina a satisfação do utente, prestadores e gestor de casos

Adaptado a partir de:

Stanhope, Marília; Lancaster, Jeanette; Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos; 4ª edição; Lusociência; Lisboa; 1999; ISBN: 972-8383-05-3.

E de Atkinson, Leslie; Murray, Mary Ellen – Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1989. ISBN 85-226-0328-6.

Stanhope e Lancaster (1999) consideram que a Gestão de Caso consiste num processo assistencial inerente à Enfermagem, no qual os enfermeiros são os principais responsáveis tendo em conta a gestão dos recursos para atingir os resultados propostos, sem nunca esquecer a qualidade, o acesso e o custo dos mesmos.

A opção por este modelo assistencial permite prestar cuidados de enfermagem de um modo mais eficiente e holístico, diminuindo os custos da não-qualidade (Casarin *et al*, 2003), compreendendo-se como uma estratégia de melhoria na assistência em saúde, **em particular perante problemáticas complexas.**

2.2 – Gestão de caso versus gestão de cuidados de enfermagem com as pessoas com toxicodpendência.

Aproximação a uma transformação paradigmática e re-identificação conceptual

São, como já referimos, múltiplas as definições de Gestor de Caso que têm surgido desde a implementação do modelo nos serviços de saúde.

Mas o que gerem os enfermeiros?

Os casos ou os cuidados com as pessoas com toxicodpendência?

Os cuidados de enfermagem dirigem-se ao Outro.

Para a enfermagem, enquanto disciplina e profissão, o Outro, a pessoa, constitui-se como um dos elementos centrais. Desde Nightingale, com nuances que radicam nos paradigmas e escolas de pensamento respectivos, todas as teorias de enfermagem mais ou menos explicitamente o consideram (Marriner, 1989; Kerouac et al, 1994; Lopes, 1999).

Adam (1994) considera que no contexto das profissões de ajuda é a partir da sugestão, da necessidade expressa pelo Outro (ou interpretada pelo enfermeiro) e da sua avaliação da utilidade dos cuidados que a enfermagem se legitima enquanto prática individual e socialmente útil. Presente em todos os momentos do processo assistencial que considera os cuidados de enfermagem (Atkinson, 1989), o Outro, beneficiário dos cuidados é, no seu projecto de saúde e na percepção que desenvolve da ajuda, o fio condutor de toda a acção do enfermeiro, em ligação ao seu projecto de vida, à sua humanidade (Honoré, 2004), concebendo-se a significação do cruzamento do enfermeiro com o Outro na medida em que aquele for capaz de, cuidando, o ajudar a encontrar significados na doença, no sofrimento e na dor, ajudando-o a ganhar auto-conhecimento, controlo e auto-restabelecimento no sentido da harmonia interior e da liberdade existencial (Watson, 2002).

"Eis-me aqui", expressão que Lévinas referido por Chalier (1996), utiliza para ilustrar a atitude não apenas de abertura, mas de uma responsabilização onde a inquietude pelo Outro predomina sobre a preocupação que cada um tem por si. Seja por via da importante

influência que a moral cristã impregnou na história da enfermagem, contribuindo para estabelecer a associação da noção de cuidar à de serviço e de dever (Ribeiro, 1995), seja, numa perspectiva mais contemporânea, pelas características da formação ou ainda pela obrigações deontológicas que decorrem da organização da profissão², também os enfermeiros anunciam a disponibilidade para o Outro por via da clarificação das suas necessidades e desejos, bem como pela oferta das relações de cuidados que desenvolvem.

Para Watson, a enfermagem não é como as ciências tradicionais: requer descrição própria, tem fenómenos próprios e precisa de um método próprio para clarificação dos seus conceitos, significados, relações e contextos. A autora considera que a ciência e os cuidados de saúde (e de enfermagem) como são tradicionalmente conceptualizados e agidos, devem ser questionados na enfermagem e pelos enfermeiros, opondo aos modelos impessoais e objectivos habitualmente utilizados a consideração das experiências únicas e globais da pessoa. (Watson, 2002).

"A função da enfermagem (...) é cuidar da totalidade da personalidade humana" (idem, 54), ajudando as pessoas, por meio de processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado, a ganharem um grau mais elevado de harmonia. Neste sentido, os cuidados em geral e os cuidados de enfermagem em particular – "actos humanitários e epistémicos significativos que contribuem para a preservação da humanidade." (idem) – são definidos (co-construídos) como um processo simultaneamente simples e complexo, transpessoal (pessoa a pessoa) e intra subjectivo (entre uma realidade subjectiva e outra realidade subjectiva), a partir das necessidades do Outro.

De acordo com esta autora, os enfermeiros devem procurar, portanto, um modelo diferente, adaptado às especificidades da ciência humana do cuidar, movendo-se para além do que é objectivo, das operações rígidas, e dedicando-se mais ao significado, às inter-relações, aos contextos e padrões. Em sua opinião, é, segundo uma base sólida de conhecimentos e através do processo e das transacções do cuidar, que o enfermeiro é

realmente capaz de ajudar o Outro, co-criando com ele, numa relação profissional de cuidar, as condições para a sua liberdade existencial (ibidem).

Assumida como um estado de intoxicação do "Eu" provocado pelo uso repetido e voluntário de substâncias no contexto de uma necessidade compulsiva (física e psicológica) para continuar a utilizá-las (Leshner, 2005), a toxicodpendência afecta mais que o corpo, mais que a razão, mais que a moral. A partir de um desejo irresistível de re-experienciar os seus efeitos e da necessidade consequente de a procurar a todo o custo, a relação com a substância tende a totalizar a cosmovisão da pessoa toxicodpendente, com perda geral de interesse em outros envolvimentos e relações, mitigando o seu projecto de vida e a sua liberdade existencial. Comprometida a possibilidade da livre escolha interior dos seus actos, é a própria liberdade da pessoa que se coloca em causa e, por consequência, a possibilidade de ela realizar o seu projecto de vida. (Barreto in Archer et al, 1996).

A evidência empírica³ sugere pois que a gestão de cuidados de enfermagem com pessoas com toxicodpendência se compreende também como uma forma de procurar pelo Outro, de lutar pela libertação do seu ser humano, significando os cuidados de enfermagem enquanto uma relação (directa e de mediação interprofissional) que ajuda a "sara" as feridas existenciais de cada pessoa.

Neste sentido, a gestão de cuidados de enfermagem com pessoas com toxicodpendência parece encerrar um potencial de aproximação a uma transformação paradigmática (no sentido do paradigma unitário/transformativo) e, por conseguinte, a uma re-identificação (evolução) conceptual do conceito de gestão de caso.

3 – GESTÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM A EXPERIÊNCIA DA EQUIPA DE ENFERMAGEM DA ET (CAT) DO BARREIRO E DA ESS/IPS

No contexto da estrutura do IDT e naturalmente seguindo as suas atribuições, os CAT – actuais Equipas de Tratamento integradas nos Centros de Respostas Integradas – definem-se como unidades especializadas, às quais compete prestar, em regime ambulatorio,

cuidados globais a pessoas toxicodpendentes, individualmente ou em grupo, segundo as modalidades terapêuticas mais apropriadas para cada situação (IDT). Existem em todos os distritos e são constituídos por equipas que integram médicos, psicólogos, enfermeiros, técnicos de serviço social e técnicos psicossociais.

Heterogêneos a níveis que vão da estrutura física à dimensão da equipa e desta aos modelos de compreensão e intervenção, alguns dos CAT tenderam a homogeneizar, ainda assim, desde a criação do Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos (PSAO), a participação dos enfermeiros na equipa de saúde. Com efeito verificou-se, a partir da criação e implementação do referido programa, um aumento do número de admissões de enfermeiros para esses CAT, em particular em regime de acumulação, ou seja com horário reduzido, especialmente para responder às necessidades de preparação e administração de Metadona às pessoas toxicodpendentes utentes do PSAO.

No CAT do Barreiro, o aumento do número de utentes e a diversificação das suas necessidades de cuidados, muitas delas sensíveis aos cuidados de enfermagem (Sequeira, 2006), aliado ao maior interesse e formação dos enfermeiros na área da toxicodpendência, contribui para que na actualidade se comece a verificar uma tendência transformadora e contextual, que suscita uma participação diferente dos enfermeiros nos cuidados prestados às pessoas com toxicodpendência. Ampliam-se assim, potenciadas pela complementaridade terapêutica dos diferentes referenciais teóricos, focos de atenção e práticas assistenciais características de cada técnico de saúde, as respostas da equipa no atendimento dos vários e complexos problemas de saúde da população com toxicodpendência.

Em finais de 2005 / início de 2006, a procura de um melhor ajustamento do modelo assistencial às necessidades dos clientes em acompanhamento no CAT, motivou uma reflexão sobre as possibilidades de evolução do modelo assistencial em vigor até então.

Desta reflexão conjunta, tomou forma a necessidade de opção pela implementação de um modelo mais flexível, integrador e efectivo nas respostas oferecidas

pelos diversos profissionais do CAT às necessidades dos clientes, promotor da melhoria da ajuda da equipa no seu conjunto e de cada técnico em particular. Em ligação às orientações da tutela (IDT, 2006) foi, por conseguinte, escolhido o modelo de gestor de cuidados.

Neste "novo" modelo, pioneiro no IDT no que se refere à participação dos enfermeiros, é esperado que estes (tal como os restantes técnicos de saúde do CAT do Barreiro) passem a gerir autonomamente os cuidados de saúde que desenvolvem com as pessoas com toxicodpendência, articulando a esfera de intervenção individual (disciplinar/profissional) com a recomendação de serviços, tratamentos, procedimentos, ou terapias e intervenções de outras disciplinas/profissões. (Gonzales, 2003).

Apesar dos enfermeiros serem entendidos de entre os profissionais com maior pré-disposição para o desempenho do papel de gestor de cuidados, uma vez que possuem conhecimentos clínicos, se orientam para um cuidar holístico, defendem os direitos dos utentes e detêm um amplo conhecimento sobre os papéis dos outros profissionais de saúde (Casarin *et al*, 2003, referindo-se ao Gestor de Caso), verifica-se que a adopção deste papel não decorre automaticamente a partir das características da formação e do exercício profissional da enfermagem (Bower, 1992, citado por Rice, 2004), uma vez que a gestão de cuidados é uma tarefa muito complexa e trabalhosa, que aplicada em populações com problemas particularmente complexos – como no caso da toxicodpendência – aumenta a intensidade e duração das actividades exigidas. (Casarin *et al*, 2003, referindo-se ao Gestor de Caso).

Neste sentido, integrados como pares no novo modelo assistencial, os enfermeiros da actual ET do Barreiro confrontaram-se em Abril de 2006 com a necessidade de transformar os seus saberes e as suas práticas assistenciais, uma vez conscientes que o papel de gestor de cuidados de enfermagem suscita uma prática eminentemente autónoma e de atribuição de autoridade e responsabilidade pelos cuidados com as pessoas com toxicodpendência acompanhadas por cada enfermeiro (Casarin *et al*, 2003), no quadro de

uma reconceptualização quer do Outro e da Ajuda, quer da *praxis* cuidativa.

Ao abrigo das relações protocoladas com a ET do Barreiro, a equipa de saúde mental da Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal participa com a equipa de enfermagem, desde Abril de 2006, no planeamento, execução e acompanhamento da mudança escolhida: o desenvolvimento do papel de gestor de cuidados de enfermagem como expressão de um cuidar holístico e complexo, a partir das necessidades e motivações das pessoas com toxicodpendência (Gonzales *et al*, 2003).

À razão de duas reuniões por mês (em média) realizadas na ET do Barreiro, a ESS (Área Disciplinar de Enfermagem – equipa de saúde mental) tem, em regime de consultoria, apoiado a equipa de enfermagem na:

- Apropriação do conceito de gestão de cuidados e discussão da sua integração no desempenho da equipa;
- Dinâmica de formação contínua em matéria de aconselhamento (elemento central no modelo de gestor de cuidados);
- Participação dos enfermeiros na nova dinâmica das reuniões de equipa multiprofissional;
- Melhoria do acolhimento realizado às pessoas com toxicodpendência (agora realizado por enfermeiros) e da apresentação das novas pessoas acolhidas à equipa, visando a escolha do gestor de cuidados mais adequado;
- Reorganização dos espaços de trabalho, bem como das dinâmicas da equipa, no que respeita a reuniões, horários, etc;
- Definição inicial de critérios de encaminhamento para a equipa de enfermagem (pessoas com toxicodpendência integrados em PSAO com necessidades de cuidados de enfermagem associados a doença física e mental; grávidas e pessoas com toxicodpendência integradas em PSAO com relação preferencial previamente estabelecida com um enfermeiro);
- Criação de suportes de informação adaptados ao modelo (em papel e informáticos);

- Escolha e desenvolvimento de estratégias de supervisão/intervisão dos cuidados;
- Divulgação do projecto à hierarquia do IDT;
- Divulgação do projecto a outras ET (nomeadamente Beja, Santarém, Setúbal, Almada, Parede, Évora, Sacavém, Loures e Sintra).

Da avaliação intermédia realizada em Dezembro de 2007 (avaliação interna do Projecto do Gestor de Cuidados de Enfermagem na ET do Barreiro, Equipa de Enfermagem/ESS) verifica-se, em síntese:

Das pessoas com toxicodependência cuidadas por enfermeiros gestores de cuidados:

- 33 pessoas em acompanhamento
- Maior adesão ao projecto de cuidados, com comparência regular nas consultas
- Ganhos em saúde em matéria de AVD's primárias (ambiente seguro, higiene e cuidados pessoais, expressão da sexualidade, alimentação, sono e repouso, trabalho e diversão)
- Aumento da referenciação para seguimentos em especialidades médicas, no caso de doença física concomitante (infecciologia, pneumologia, ginecologia, estomatologia)
- Ganhos em cobertura vacinal (hepatite B na ET e referenciação para Plano Nacional de Vacinação no Centro de Saúde)

Dos enfermeiros gestores de cuidados de enfermagem:

- Expressão de maior auto-estima profissional
- Percepção de maior reconhecimento pela equipa multiprofissional
- Expressão de maior motivação
- Maior consciência das necessidades em formação, como forma de melhoria dos cuidados

Da equipa multiprofissional:

- Maior valorização da informação recolhida no processo de acolhimento
- Maior recurso à equipa de enfermagem para resposta a necessidades de saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem, das pessoas com toxicodependência.

Em síntese, a constatação que da maior centralidade na garantia do funcionamento do Programa de Substituição por Agonistas Opiáceos (PSAO), com actividades predominantemente relacionadas com a preparação e administração de metadona, os enfermeiros da ET do Barreiro passaram progressivamente a gerir autonomamente os processos de cuidados de enfermagem com as pessoas com toxicodependência.

Num momento da história em que a problemática da toxicodependência atinge na Europa e em Portugal proporções nunca antes vistas (IDT), com repercussões ao nível da diversificação e intensidade das necessidades das pessoas com toxicodependência (muitas delas sensíveis aos cuidados de enfermagem), os enfermeiros são na actualidade chamados a ampliar o escopo da sua prática cuidativa nesta área, trilhando caminhos de maior autonomia e responsabilidade, de maior participação no projecto de saúde das pessoas que cuidam. A figura do enfermeiro gestor de cuidados poderá, crê-se, no âmbito das unidades de tratamento da toxicodependência, melhorar as respostas às necessidades das pessoas com toxicodependência que aí são assistidas.

Esta primeira avaliação, que apesar de genérica se revela bastante positiva, constitui pois um estímulo para a continuação de um projecto que consideramos relevante para a Enfermagem:

- enquanto disciplina científica – por via do contributo para a afirmação da sua determinação teórica e epistemológica (na óptica do paradigma unitário-transformativo), do seu objecto e da sua finalidade;
- enquanto profissão autónoma, intelectual e científica (*vide* Classificação Nacional das Profissões) – por via do contributo para a criação de saberes e de práticas de intervenção especializada eminentemente autónomas e complexas, no caso, no âmbito da toxicodependência;

Mas, mais do que isso, relevante para os clientes, na medida em que permite ampliar/melhorar a ajuda às pessoas com toxicodependência que cada vez mais utilizam os serviços de tratamento do IDT com múltiplas necessidades de saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

CONTACTOS:**ANA SEQUEIRA**

Enfermeira de Cuidados Gerais
 IDT-DRLVT, Equipa de Tratamento do Barreiro
 Rua Almirante Reis n.º 50
 2830-326 Barreiro
 ana.sequeira@idt.min-saude.pt
 ana_ruaf@gmail.com
 91 603 81 17

JOAQUIM LOPES

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
 Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Setúbal
 Campus IPS, Estefanilha.
 Edifício da ESCE
 2914-503. Setúbal.
 joaquim_lopes@ess.ips.pt
 962995570

NOTAS:

1 – Na linha do proposto pelo Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência como uma das medidas tendentes a reforçar a qualidade do tratamento e da assistência: a opção por modelos da gestão personalizada dos casos. (OEDT, 2006, pp. 34.

2 – Vidé, por exemplo, o Código Deontológico do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril).

3 – Banonis BC. – *The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study*. Nursing Science Quarterly. Sage Publications. United States. 1989 Spring; 2(1): 37-43: "O fenómeno *recuperar da adicção* emerge como uma experiência vivida de luta para a pessoa se puxar de um poço de escuridão para o conforto da luz, o que é experienciado enquanto a pessoa vive, no contexto da relação de cuidados de enfermagem, profundas modificações na sua forma de ser. À medida que estas modificações movem ritmicamente a pessoa para uma abertura às possibilidades, ela tem como escolha mover-se para diante com conforto e confiança no processo neguentrópico de *se tornar*".

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adam, Evelyn. *Ser Enfermeira*. Medicina e Saúde. Instituto Piaget. Lisboa. 1994. ISBN 972-9295-86-7.

Archer, Luís *et al* (eds.). *Bioética*. Lisboa: Editora Verbo. 1996.

Atkinson, Leslie; Murray, Mary Ellen. *Fundamentos de Enfermagem. Introdução ao Processo de Enfermagem*. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro. 1989. ISBN 85-226-0328-6.

Banonis B.C. *The lived experience of recovering from addiction: a phenomenological study*. Nursing Science Quarterly. Sage Publications. United States. 1989 Spring;2(1):37-43.

Casarin, Santana Nunes Alves, *et al*. *Gestão de caso – Análise do Conceito*; Revista Latino Americana de Enfermagem; Março de 2003; Páginas: 1-9;

Chalier, Catherine. *Lévinas a utopia do humano*. Epistemologia e Sociedade. Instituto Piaget. Lisboa. 1996. ISBN: 972-8245-90-4.

Conselho da União Europeia. *Plano de Acção da UE em matéria de luta contra a droga (2005-2008)*. Bruxelas. 2005.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril – Código Deontológico do Enfermeiro.

Frankel, A.; Gelman, S. *Case management*. Chicago. 1998.

Gonzales, Roxana *et al*. *Gestão de caso – Um enfoque nos Cuidados de Saúde*; Revista Latino Americana de Enfermagem vol.11 no.2; Março/Abril de 2003; Páginas: 1-4;

Honoré, Bernard. *A Saúde em Projecto*. Lusociência. Loures. 2002. ISBN 972-8383-31-2

Honoré, Bernard. *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Lusociência. Loures. 2004.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. *Plano Nacional Contra a Droga e as Toxicodependências 2005 – 2012*. Novembro 2005.

Instituto da Droga e da Toxicodependência. *Plano de Acção Contra as Drogas e as Toxicodependências – Horizonte 2008*. 2006

Kerouac, Suzanne *et al*. *La pensée infirmière*. Laval: Edition Études vivantes. 1994.

Leshner, Alan. *A Toxicodependência é uma Doença do Cérebro, e isso importa*. Boletim Cérebro Toxicodependente. Coimbra: Biopress, 2005. N.º 1 (Junho de 2005), 7-10.

Lopes, Manuel. *Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. 1999.

Marriner, Ann. *Modelos y Teorías de Enfermería* – Ediciones Rol S.A. Barcelona. 1989. ISBN: 84-85535-23-0.

Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência. *Relatório Anual 2006: A Evolução do Fenómeno da Droga na Europa*. Luxemburgo: Serviço das Publicações Oficiais das Comunidades Europeias. 2006. ISBN 92-9168-272-1.

Powell, K. *Nursing case management*. USA., Lippincott, 1996.

Ribeiro, Lisete Fradique. *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*. Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa. 1995.

Rice, Robyn. *Prática de Enfermagem nos Cuidados Domiciliários*; 3ª edição; Lusociência; Loures, 2004; ISBN: 972-8383-46

Sequeira, Ana. *As Necessidades dos Toxicodependentes em Programa de Tratamento com Metadona, em Baixo Limiar de Exigência*. Monografia de Licenciatura. Curso de Complemento de Formação em Enfermagem. Escola Superior de Saúde. Instituto Politécnico de Setúbal. 2006. (estudo não publicado)

Stanhope, Marilia; Lancaster, Jeanette. *Enfermagem Comunitária. Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. 4ª edição. Lusociência. Lisboa. 1999. ISBN: 972-8383-05-3

Watson, Jean. *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de Enfermagem*. Lusociência. Loures. 2002. ISBN: 972-8383-37-1.

Watson, Jean. *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar / Uma teoria de Enfermagem*. 1ª ed. Lusociência. Loures. 2002. ISBN: 972-8383-33-9.