

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARCELLE APARECIDA DE BARROS

**Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao
uso, abuso e dependência de drogas.**

Ribeirão Preto

2006

MARCELLE APARECIDA DE BARROS

Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas.

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa "Uso e Abuso de Álcool e Drogas".
Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Orientador: Prof. Dr. Sandra Cristina Pillon

Ribeirão Preto

2006

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Barros, Marcelle Aparecida.

Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas. Ribeirão Preto, 2006.

135f.

Dissertação de Mestrado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas - Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica

Orientadora: Pillon, Sandra Cristina.

1. Drogas de Abuso. 2. Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde. 3. Programa Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Marcelle Aparecida de Barros

Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas.

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa "Uso e Abuso de Álcool e Drogas".

Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Banca Examinadora

Prof.Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Deus, por ter tão pouco a pedir, e muito a agradecer.

Aos meus pais, Valdir Xavier de Barros e Donizetti Aparecida dos Santos Barros, pelo exemplo de dedicação, caráter, dignidade e amor incondicional.

As minhas irmãs, Flávia e Amanda, pela amizade, pelo carinho, pelas diferenças que me fizeram crescer, por sempre acreditarem na sua "Tata".

À Vó Elvira, pela incansável insistência em tornar suas netas as melhores mulheres que puderem ser. Pelo exemplo de força e fé inabaláveis.

Ao meu marido Edvaldo, pelo amor, pela admiração, por seu companheirismo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Profa. Dra. Sandra Cristina Pillon pela dedicação, pela paciência e principalmente pelo de exemplo de inteligência, capacidade e competência aliada a uma enorme simplicidade. A ela minha eterna gratidão e admiração.

A todos os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família do município de Araçatuba-SP, que participaram dessa pesquisa, cuja colaboração foi imprescindível. Meu muito obrigada!

À Profa. Dra. Margarita Antonia Villar Luis pela valiosa contribuição no início desta jornada.

Aos Professores Renata Curi Labate e Wanderlei Haas pelas importantes colaborações durante o Exame de Qualificação.

Ao CNPq pela concessão da bolsa de mestrado e apoio financeiro para a realização desta pesquisa.

Às amigas Silvia Helena Possati Moraes e Mayra Costa Martins de Ribeirão Preto - SP pela acolhida sincera e enorme generosidade.

A todos os professores, alunos, funcionários, coordenadores e diretores da UniSALESIANO ,e do Colégio Salesiano de Araçatuba – SP, por todo carinho .

À amiga e coordenadora Cláudia Cyrillo, pela confiança em minha capacidade pessoal e profissional.

À Secretaria Municipal de Saúde de Araçatuba-SP, na figura do Ilmo. Secretário Dr. José Pinheiro de Abreu e Coordenadora de Enfermagem Márcia Miyuki Kamikihara, pela autorização na realização desta pesquisa.

A todos os amigos e parentes que torceram por mim ao longo da minha vida.

" Os Cegos Do Castelo "

Eu não quero mais mentir
Usar espinhos que só causam dor
Eu não enxergo mais o inferno que me atraiu
Dos cegos do castelo me despeço e vou
A pé até encontrar
Um caminho, o lugar
Pro que eu sou

Eu não quero mais dormir
De olhos abertos me esquento o sol
Eu não espero que um revólver venha explodir
Na minha testa se anunciou
A pé a fé devagar
Foge o destino do azar
Que restou

E se você puder me olhar
E se você quiser me achar
E se você trouxer o seu lar

Eu vou cuidar, eu cuidarei dele
Eu vou cuidar
Do seu jardim
Eu vou cuidar, eu cuidarei muito bem dele
Eu vou cuidar
Eu cuidarei do seu jantar
Do céu e do mar, e de você e de mim.

Nando Reis

RESUMO

BARROS, M.A. **Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência de drogas**. 2006. 150p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O estudo tem como objetivo conhecer os sentimentos e as atitudes frente ao uso, abuso e dependência de drogas entre profissionais que atuam do Programa Saúde da Família (PSF) no município de Araçatuba – SP. A amostra foi composta por 286, enfermeiros, médicos, odontólogos, auxiliares de enfermagem, auxiliares de consultório dentário e agentes comunitários de saúde. Trata-se de um estudo, quantitativo, descritivo. Para o instrumento de coleta de dados foi formatado um questionário individual, estruturado com perguntas fechadas contendo: identificação sócio-demográfica, check – list de substâncias consideradas drogas de abuso, um, check - list de sentimentos ao lidarem com pacientes que fazem uso, abuso ou são dependentes de drogas, a escala de atitudes “The Seaman & Mannello Nurse’s Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale”. Foi realizada uma análise descritiva e multivariada entre as variáveis com um intervalo de confiança de 95%. Verificou-se que, as substâncias consideradas drogas de abuso em unanimidade foram a cocaína, a maconha e o crack. Na avaliação da assistência, os profissionais do PSF percebem que os problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas estão presentes entre os agravos à saúde (61,5%), e ainda 89% deles consideram muito importante assistir esses pacientes, havendo média maior para os profissionais com nível superior; porém, as dificuldades são consideráveis (69,2%), e no tocante a assistência realizada, tais profissionais (64%) percebem que tem pouco ajudado estes pacientes, e que os mesmos se beneficiam pouco da assistência oferecida (69%). Quase a metade dos profissionais de saúde apresentou os sentimentos de compaixão e tristeza frente ao paciente usuário de drogas. As atitudes foram positivas em relação a esses de uma forma geral, embora algumas vezes estivessem associados a sentimentos como ansiedade, estresse, medo, insegurança e desconforto. Quanto à satisfação profissional e pessoal ao trabalhar com pacientes usuários, houve uma média maior para os profissionais com curso de graduação. Estes profissionais também apresentaram maior percepção dos problemas físicos relacionados ao uso de drogas, e um prognóstico não muito positivo quanto aos pacientes usuários. Já o grupo dos profissionais de saúde do PSF sem curso de graduação, que é composto então em sua maioria por agentes comunitários de saúde, apresentam sentimentos e atitudes que demonstram maior aceitação quanto ao uso e usuário de drogas, porém com maiores dificuldades na abordagem junto aos mesmos. O estudo mostrou que existem possibilidades e uma relativa motivação para o desenvolvimento do conhecimento e intervenção junto aos usuários de drogas; mas ainda não tem sido significativamente o suficiente para gerar efeitos objetivos no PSF de acordo com os seus próprios profissionais.

Palavras-chave: Drogas de abuso; Conhecimentos, Atitudes e Práticas em Saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

BARROS, M.A. **The professionals of Programa Saúde da Família (Family Health Program) as to use, abuse and addiction of drugs.** 2006. 154p. Master's Dissertation-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

This study has the objective of disclosing the feelings and attitudes (feeling, thinking and behavior) of the professionals of Programa Saúde da Família (PSF) (Family Health Program) (nurses, doctors, odontologists, nursing assistants, dental office assistants and health community agents) towards the use, abuse and addiction of drugs; compare the attitudes among the PSF health professionals with and without a university course as to that matter and identify what substances are considered addiction drugs by these professionals. It is quantitative, descriptive, sectional study. In order to attain the data collection, it was formatted an individual questionnaire, structured with closed questions containing: sociodemographic identification, check list of substances that are considered addiction drugs, the health assistance to the drug users at PSF, answered with five questions, check list of feelings when dealing with patients connected to the use, abuse, and addiction of drugs and the attitude scale "The Seamn & Mannello Nurse's Attitudes Toward and Alcoholism Scale". It was carried out descriptive and multivariate analysis with a safety interval of $p > 0,005$; 286 professionals participated of this research. It was found out that the substances considered addiction drugs, almost all of them, were cocaine, marijuana and crack. In the assistance evaluation, the professionals of PSF realized that the problems related to the abuse and dependence of drugs are present in the health damages (61,5%), and 89% of them consider very important to assist these patients, being higher the statistics for professionals with a university course; however, the difficulties are considerable (69,2%), and as to the the assistance performed, such professionals (64%) realized that have helped these patients very little, and that they benefit little from the assistance offered (69%). Almost half of the health professionals present feelings of compassion and the sadness towards the patient with problems related to the use of drugs. The attitudes were positive toward the drug users in a general way, although sometimes they were associated to feelings of anxiety, stress, fear, insecurity and discomfort. Concerning to the personal and professional satisfaction for working with chemical addicted patients, there was a higher average for professional with a university course. These professional also presented a higher perception as to the physical problems related to use of drugs and a not very positive prognostic as to the users. On the other hand, the health professionals of PSF without a university course, most of them health community agents, demonstrate feelings and attitudes which can show a better acceptance as to the drug use and users, however they present more difficulty in approaching them. The study showed that there are possibilities and a reasonable motivation for the development of knowledge and intervention with the drug users; but it has not been sufficiently significant to generate objective effects in the PSF according to its own professionals.

Key words: Addiction drugs; Knowledge, Attitudes and practice in health; Programa Saúde da Família.

RESUMEN

BARROS, M.A. **Los profesionales del Programa Salud de la Familia frente al uso, abuso y dependencia de drogas**. 2006. 154p. Disertación de Maestría – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto.

El estudio tiene como objetivo conocer los sentimientos y las actitudes de los profesionales del Programa Salud de la Familia (PSF) (enfermeros, médicos, odontólogos, auxiliares de enfermería, auxiliares de consultorio dentario y agentes comunitarios de salud) frente al uso, abuso y dependencia de drogas; comparar los sentimientos y actitudes entre los profesionales de salud del PSF con y sin curso de pregrado frente a la temática e identificar cuales son las sustancias consideradas drogas de abuso por esos profesionales. Constituye-se de un estudio, cuantitativo, descriptivo. Para el instrumento de coleta de datos fue formateado un cuestionario individual, estructurado con preguntas cerradas conteniendo: identificación socio-demográfica, check-list de las sustancias consideradas drogas de abuso, la atención de salud a los usuarios de drogas en el PSF respondida en 5 cuestiones, check - list de los sentimientos durante la atención a pacientes usuarios y dependientes de drogas, la escala de actitudes "The Seaman & Mannello Nurse's Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale". Fueron realizadas análisis descriptivas y multivariada entre las variables con un intervalo de confiabilidad de $p > 0,005$; 286 profesionales participaron de la investigación. Se verifico que, las sustancias consideradas como drogas de abuso por casi unanimidad fueron la cocaína, la marihuana y el crack. En la evaluación de la atención, los profesionales del PSF perciben que los problemas relacionados al abuso y dependencia de drogas están presentes entre las posibles causas de enfermedad (61,5%), y aún 89% consideran muy importante asistir esos pacientes, habiendo media estadística mayor para los profesionales con nivel superior; pero, las dificultades son considerables (69,2%), y en el tocante la atención realizada por tales profesionales (64%) perciben que han sido de poca ayuda, y que los asistidos se benefician poco de la atención ofrecida (69%). Casi la mitad de los profesionales de salud asignan los sentimientos de compasión y de tristeza frente al paciente con problemas relacionados al uso de drogas. Las actitudes fueron positivas en relación al usuario de drogas de una forma general, aunque algunas veces estuvieron asociadas a sentimientos como ansiedad, stress, miedo, inseguridad o incomodidad. Sobre la satisfacción profesional y personal al trabajar con dependientes químicos, se observó media mayor para los profesionales con curso de pregrado. Estos profesionales también presentaron mayor percepción de los problemas físicos relacionados al uso de drogas, y un pronóstico no muy positivo encunto a los usuarios. Los profesionales de salud del PSF sin curso de pregrado, compuesta en su grande mayoría por agentes comunitarios de salud, presentan sentimientos y actitudes que pueden demostrar mayor aceptación cuanto al uso y al usuario de drogas, pero con mayores dificultades en la atención junto a los mismos. El estudio mostró que existen posibilidades y una relativa motivación para el desarrollo del conocimiento y intervención junto a los usuarios de drogas; mas los efectos objetivos en el PSF de acuerdo con sus propios profesionales, aun no han sido lo suficiente significativo.

Palabras-clave: Droga de abuso; Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Salud; Programa Salud de la Familia.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Apresentação em número e porcentagem das informações sócio-demográficas dos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	57
Tabela 2 -	Apresentação em número e porcentagem das substancias consideradas drogas de abuso pelos profissionais do PSF; (n=286).....	58
Tabela 3 -	Apresentação em número e porcentagem dos sentimentos apresentados pelos profissionais do PSF ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas (n=286).....	62
Tabela 4 -	Apresentação dos escores da escala de atitudes em relação ao uso e usuário de drogas, segundo dos profissionais do PSF (n=286).....	63
Tabela 5 -	Apresentação da comparação entre idade e escolaridade, segundo os profissionais do PSF (n=286).....	64
Tabela 6 -	Comparação entre tempo de trabalho no PSF e a escolaridade, segundo os profissionais do PSF (n= 286).....	65
Tabela 7 -	Comparação entre o nível de escolaridade e o sexo entre os profissionais de saúde do PSF (n=286).....	65
Tabela 8 -	Comparação das substâncias consideradas drogas de abuso e o nível de escolaridade entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	66
Tabela 9 -	Comparação da avaliação sobre a assistência realizada aos usuários de drogas e a escolaridade entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	67
Tabela 10 -	Comparação entre os sentimentos em lidar com pacientes usuários de rogas e a escolaridade os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	68
Tabela 11 -	Comparação entre as respostas positivas da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	70
Tabela 12 -	Comparação entre as respostas negativas da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	73
Tabela 13 -	Comparação entre as respostas neutras da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	75
Tabela 14 -	Apresentação dos escores da escala de Seaman Manello comparados com os sentimentos, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	77
Tabela 15 -	Comparação do sentimento de bem estar com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	79
Tabela 16 -	Comparação do sentimento de raiva com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	80

Tabela 17 –	Comparação do sentimento de tristeza com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	80
Tabela 18 –	Comparação do sentimento de nervosismo com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	80
Tabela 19 –	Comparação do sentimento de recusa com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	81
Tabela 20 –	Comparação do sentimento de medo com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	81
Tabela 21 –	Comparação do sentimento de descontentamento com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	81
Tabela 22 –	Comparação do sentimento de mal estar com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	82
Tabela 23 –	Comparação do sentimento de alegria com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	82
Tabela 24 –	Comparação do sentimento de satisfação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	82
Tabela 25 –	Comparação do sentimento de vergonha com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	83
Tabela 26 –	Comparação do sentimento de ansiedade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	83
Tabela 27 –	Comparação do sentimento de compaixão com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	83
Tabela 28 –	Comparação do sentimento de indignação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	84
Tabela 29 –	Comparação do sentimento de insatisfação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	84
Tabela 30 –	Comparação do sentimento de tédio com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	84
Tabela 31 –	Comparação do sentimento de conforto com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	85
Tabela 32 –	Comparação do sentimento de felicidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	85
Tabela 33 –	Comparação do sentimento de confiança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	85

Tabela 34 –	Comparação do sentimento de segurança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	86
Tabela 35 –	Comparação do sentimento de aceitação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	86
Tabela 36 –	Comparação do sentimento de insegurança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	86
Tabela 37 –	Comparação do sentimento de curiosidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	87
Tabela 38 –	Comparação do sentimento de tranquilidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	87
Tabela 39 –	Comparação do sentimento de estresse com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	87
Tabela 40 –	Comparação do sentimento de contentamento com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	88
Tabela 41 –	Comparação do sentimento de receio com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	88
Tabela 42 -	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.2, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	89
Tabela 43 –	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.6, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	92
Tabela 44 –	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.12, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	95
Tabela 45 –	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.17, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	98
Tabela 46 -	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.22, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	101
Tabela 47 –	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.27, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	104
Tabela 48 -	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.28, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	107
Tabela 49 -	Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.30, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).....	110

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DA LITERATURA	23
2.1 Panorama geral do uso de drogas e suas conseqüências	27
2.2 A atenção primária à saúde e o consumo de drogas	29
2.3 O Programa Saúde da Família como possibilidade de enfrentamento na problemática das drogas	36
2.4 Atitudes dos profissionais de saúde frente ao contexto das drogas	43
3 OBJETIVOS	47
4 MÉTODO	49
4.1 Desenho	50
4.2 População e Local	50
4.3 Procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos	51
4.4 Comitê de ética	52
4.5 Estudo piloto	52
4.6 Instrumento	53
4.7 Análise dos Dados	55
5 RESULTADOS	56
5.2 Apresentação dos resultados	57
5.3 Análise Descritiva	57
5.4 - Análise Multivariada	64

	15
6 DISCUSSÃO	113
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	129
REFERÊNCIAS	135
ANEXOS	143

1 INTRODUÇÃO

O cotidiano dos profissionais que atuam no PSF é bastante peculiar e diferente dos demais profissionais que atuam na rede pública de saúde; visto que, ao lidarem com uma clientela previamente definida, através do princípio de territorialização, aos poucos vão se conhecendo a dinâmica desta comunidade: seus comportamentos, costumes, valores, inter-relações e seus agravantes, condicionantes e determinantes de saúde.

Tal processo é extremamente positivo, pois dessa forma pode-se interferir no processo saúde-adoecimento local, desenvolvendo ações específicas naquela dada comunidade e desenvolvendo vínculos efetivos junto às suas famílias, percebendo e interferindo junto às suas necessidades de saúde.

Com a prática de três anos atuando no Programa Saúde da Família pode-se perceber algumas questões rotineiras que se tornaram relevantes à medida que interferiram diretamente na qualidade de vida dos indivíduos e de seus familiares, e uma dessas questões é o abuso e a dependência de drogas.

Tal fato está direcionado às propostas do Ministério da Saúde, ou seja, a assistência no Programa Saúde da Família deve ter como prioridade a atuação junto a grupos específicos da comunidade que por algum motivo tem uma condição de adoecimento ou está desenvolvendo risco para isso.

Dependendo de cada realidade local, existem programas estabelecidos com objetivo de treinamentos, atualizações, educação continuada, manual de conduta e protocolos de atendimento assistenciais para os problemas mais comuns, tais como: assistência à gestante, a puérpera, ao recém-nascido, ao crescimento e desenvolvimento infantil, às doenças prevalentes na infância, as doenças infecto-

contagiosas e doenças crônicas de maior prevalência, e questões referentes à saúde da mulher e do adolescente entre outros.

Assim, somente os agravos à saúde que não são tão comuns numa comunidade e aqueles que exigem maior densidade tecnológica devem ser encaminhados a um outro nível de assistência.

Dessa forma os agravos de saúde mais comuns devem ser acompanhados pelos profissionais do Programa Saúde da Família, porém no caso da saúde mental, especialmente quanto ao abuso e dependência de drogas, infelizmente isso não acontece.

Citando alguns exemplos da minha assistência vivenciada na prática clínica pude observar que ao se identificar um paciente com dependência de drogas e pensando na área de atuação do profissional do PSF, na maioria das vezes a primeira reação era de espanto; em seguida “o caso” era passado pelo filtro dos sistemas de valores (pessoais e até coletivos, dependendo da interação da própria equipe), em que se dava o “veredicto” frente ao “caso”, onde este seria digno de: compaixão (a pobreza o levou a isso, a pessoa é fraca, traumatizada), repulsa (isso é coisa de mau caráter e desocupado), medo (isso é coisa de marginal que está envolvido com traficantes) e até indiferença (ele sabia dos riscos, portanto isso é problema dele).

Em seguida, independentemente do julgamento final o que se observava era um certo “mal estar” frente ao abuso e dependência de drogas, muitos dos profissionais do Programa Saúde da Família não sabiam o que fazer com relação a isso; e no máximo se limitavam a encaminhar o paciente a profissionais especialistas, (psiquiatras, neurologistas, psicólogos, ou a qualquer um que se dispunha a tratar destes casos) aos Centros de Atenção Psicossocial (quando

havia), e aos hospitais psiquiátricos para se verem livres destes casos o mais rápido possível.

Havia muitas dificuldades no próprio encaminhamento desses pacientes, pois alguns “especialistas” se recusavam a tratá-los, referindo que o problema não estava relacionado entre os “transtornos mentais”; alguns desses pacientes então, acabavam por fim, sem ter assistência nenhuma.

Muitos dos profissionais que atuavam no PSF, inclusive, referiam que não era da competência deles tratarem das questões relacionadas ao uso de drogas, sendo que a prevenção deveria ser de responsabilidade de autoridades policiais e o tratamento e acompanhamentos dos pacientes e seus familiares deveriam ser de responsabilidade de equipes especializadas.

O estigma com relação ao dependente de drogas, às vezes, ficava ainda mais evidente quando se tratava de álcool. Quando algum indivíduo aparecia alcoolizado na Unidade de Saúde da Família, mesmo que não estivesse perturbando a dinâmica do local, era convidado a se retirar; a maioria dos profissionais achava um absurdo “*perder tempo e atenção com bêbados*” quando se tinha mais o que fazer com pessoas que “*realmente estavam precisando de assistência*”. Frequentemente, dependentes de álcool buscavam nas Unidades de Saúde da Família tratamento para sintomas clínicos provocados pelos efeitos imediatos do uso do álcool, ou seja, a embriaguez e as conseqüências do uso crônico do álcool, no caso de pancreatite e cirrose por exemplo, e a assistência no máximo se limitava à melhoria destes sintomas, sem qualquer tipo de atenção especial à Síndrome de Abstinência Alcoólica e alguma orientação direcionada à suprimir o uso da bebida alcoólica e alívio dos sintomas decorrentes da abstinência.

Não é raro observar no dia-a-dia e até pela mídia casos onde ao se relatar uma história que envolva o uso de drogas ouvir que *“mais uma família foi destruída por esse grande problema da humanidade”*.

Clichês à parte, a realidade é que o consumo de drogas vem ganhando grande importância na sociedade contemporânea, envolvendo vários segmentos dessa sociedade, principalmente pelas consequências que acarreta.

Uma vez que o problema das drogas está cada vez mais junto às famílias brasileiras, e, o Programa Saúde da Família vem com o propósito de proporcionar a esta família uma assistência à saúde de forma integral e resolutiva, é, portanto, no mínimo contraditório, separar esta questão dos demais aspectos relacionados à saúde individual e familiar.

Além disso, durante a nossa formação profissional somos orientados a assistir o paciente/cliente/usuário holisticamente, como um ser humano multifacetado, e por isso proporcionar uma assistência da mesma forma, sem interferências de preconceitos pessoais de qualquer natureza.

Tudo isso, me levou a refletir sobre a minha postura profissional/pessoal frente ao uso, abuso e dependência de drogas, estendendo essa reflexão à equipe na qual atuava e conseqüentemente frente às outras equipes do Programa Saúde da Família com as quais eu tinha contato.

Desse processo resultaram, Que compreensão tem os profissionais do Programa Saúde da Família sobre o problema do uso de substâncias psicoativa e como percebem os usuários de drogas?

O propósito de passar da observação profissional empírica para uma constatação baseada no rigor científico em relação a estas questões é que me motivou a desenvolver esta pesquisa

Para isso, buscou-se na literatura dados que discorriam quanto às atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde com relação ao uso, abuso, e dependência de drogas. Foi observado que estes profissionais tinham atitudes neutras e/ou negativas e dificuldades significativas para lidarem com isso em sua prática (Silva 2005, Pillon 2001, Vargas 2001).

Pouco foi encontrado (Gonçalves 2002) no que tratasse especificamente das atitudes e dos conhecimentos com relação ao abuso e dependência de drogas que abrangesse a todos os profissionais de saúde, principalmente os do Programa Saúde da Família (agentes comunitários de saúde, auxiliar de enfermagem, enfermeiro, médico e ocasionalmente auxiliar de consultório dentário e odontólogo). Isso, portanto, leva a refletir que a temática das drogas ainda é muito pouco explorada no âmbito do PSF.

Na busca para a investigação dessas atitudes e conhecimentos, optou-se em realizar um estudo de natureza quantitativo descritivo com 35 equipes do Programa Saúde da Família do município de Araçatuba-SP. Foi utilizada a escala “The Seaman & Manello Nurses’ Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale” que foi desenvolvida para avaliar crenças, atitudes e cuidados realizados pelos enfermeiros em relação ao alcoolismo. Essa escala foi traduzida e validada por Pillon (2003), usada entre enfermeiros (enfermeiros assistenciais, docentes e estudantes de enfermagem). A escala foi adaptada novamente para ser utilizada com os profissionais do Programa Saúde da Família, bem como para a temática das drogas.

Para o instrumento de coleta de dados, foi elaborado um questionário individual, estruturado com perguntas fechadas contendo: Identificação sócio-demográfica; a assistência de saúde aos usuários de drogas no PSF; respondida em 5 questões, todas numa escala de resposta de 0 a 10; segundo o modelo de Griffin

(1999); um *check-list* referente aos sentimentos dos profissionais do PSF no manejo de pacientes com problemas relacionados ao uso, uso nocivo e dependência de drogas. Ainda para finalizar o instrumento, foi utilizado um check-list contendo as substâncias psicoativas para serem avaliadas na compreensão dos participantes, drogas de abuso.

É muito importante conhecer quais são as atitudes e conhecimentos pessoais e profissionais de cada um, para em seguida refletir sobre como estas atitudes podem estar influenciando a assistência prestada àqueles com problemas relacionadas ao uso e dependência de drogas, com o objetivo final de aprimorar a sua assistência.

Assim, espera-se, que a análise dos resultados obtidos nesta pesquisa, possa contribuir para proporcionar mudanças de conhecimento e talvez até mesmo de atitudes entre os profissionais do Programa Saúde da Família no enfoque das situações relacionadas à temática das drogas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Panorama geral do uso de drogas e suas conseqüências

De acordo com Gonçalves (1998), droga é toda a substância que ao ser introduzida, inalada, injetada ou ingerida, provoca no organismo alterações no seu funcionamento, modificando uma ou mais funções. Há um grupo de drogas que possuem capacidade de atuar no psiquismo, chamadas psicotrópicas, que provocam mudança de percepção, do humor, da euforia, das sensações de prazer, no alívio do medo, da dor, das frustrações, das angustias etc. E é particularmente para esse grupo de substâncias que habitualmente se utiliza o termo droga.

Embora seja antiga essa definição, ela se torna interessante, pois esta direcionada às alterações psíquicas provocadas pelo uso de determinadas substâncias.

Para diferenciar categoricamente os níveis de gravidade com relação ao uso das drogas, foram estabelecidos alguns conceitos que diferenciam o uso, do uso nocivo e do dependente. Edwards (1999) e Laranjeira (1996) definem como uso, o consumo de substâncias, independentemente da freqüência ou da intensidade (incluindo-se aqui o uso esporádico ou episódico) e o uso nocivo um consumo relacionado a conseqüências adversas recorrentes e significativas, porém, que não preencha os critérios para dependência.

Ainda segundo esses autores, uma vez que o uso nocivo se torna uma constante, instala-se a condição necessária para o começo da dependência. Dependência significa que o ato de usar a droga deixou de ser uma função social e de eventual prazer tornou-se disfuncional, um ato em si mesmo. A pessoa perde progressivamente a liberdade de decidir se quer ou não utilizar a substância em

questão e fica a mercê da própria dependência que determina quando irá usá-la novamente.

Os conceitos sobre uso, abuso e dependência são recentes, porém a história do uso de drogas vem de longa data como demonstra Neri Filho (1995), ao destacar que, em diversos povos e ao longo de toda a história, as drogas sempre estiveram presentes, através de usos mágicos, medicinais, proporcionadores da busca de prazer; e na medida em que o conhecimento dessas drogas tornou-se mais complexo, as sociedades passaram a utilizá-las numa abrangência variada, visando aproximações com os deuses a cura ou paliativo para doenças, incluindo estratégias de dominação social, cujo propósito era a acomodação de “espíritos inquietos e revoltosos”.

A variedade de opiniões sobre como abordar o problema do crescente consumo de drogas no Brasil e no mundo é imenso, conforme assinalam Spricigo e Alencastre (2004). É quase inquestionável que o comércio de drogas ilícitas movimentava valores muito rentáveis, com estimativas de que consumidores gastam cerca de 150 bilhões de dólares na compra de drogas. Tais valores já refletem o poder que representa este comércio; indicam também, a gigantesca penetração destas drogas no mundo, demonstrando com clareza o quantitativo de pessoas que no seu cotidiano fazem uso de drogas (OMS 2004).

A maioria das medidas utilizadas no enfrentamento da problemática das drogas é de caráter repressivo, tanto nos aspectos do consumo como nos de produção e comercialização. A “guerra às drogas” é a expressão mais usada dessa estratégia que, desde os anos 70, do século XX são adotadas pelos Estados Unidos da América e países de sua influência (Bucher 1995).

Nesta perspectiva, Bucher (1995) aborda que o fenômeno da presença maciça de drogas nas sociedades modernas chama a atenção não apenas pelo narcotráfico ou pelo consumo que se alastra, mas também pelas contradições manifestadas na sua abordagem por meio de autoridades, meios de comunicação e opinião pública; onde se condena com veemência o uso de produtos ilegais como maconha ou cocaína, mas incentiva-se o consumo de produtos lícitos como álcool, cigarros e medicamentos psicotrópicos, não menos danosos para a saúde que os primeiros. De fato, como destacado por Samet, O'connor e Stein (1997) a dependência da nicotina é isoladamente a principal causa evitável de mortes prematuras e o abuso de álcool é a principal causa de acidentes e mortes violentas em nosso meio.

No I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, e realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), aplicado no ano de 2001, abrangendo as 107 maiores cidades do país, Brasil (2003a), com população superior a 200.000 habitantes, mostrou uma estimativa onde 11,2% da população pesquisada é dependente do álcool, 9% é dependente de tabaco, e que 19,4% da população entrevistada já fez uso de alguma droga na vida, com exceção de álcool e tabaco.

No estado de São Paulo este cenário não é diferente, pois os índices de uso também são altos. Foi realizado um levantamento familiar em 1999 por Galduróz, Noto e Carlini (2000), sobre o uso de drogas, nas 24 maiores cidades e apresentou que o uso de álcool tem uma prevalência em cerca de 53,2%, seguido de tabaco com 39% de uso na vida; o estudo também mostrou que a dependência do álcool atinge 6%, próximo ao que é encontrado em outros países (Rieger et al 1990).

Nas populações que buscam algum tipo de assistência de saúde, como exemplo está o levantamento postal realizado por Raeder e Cotrim (1988) de internações por dependência de drogas, psicoses alcoólicas e síndrome de dependência do álcool, abrangendo 436 hospitais e clínicas psiquiátricas do Brasil, apontou que de 65.304 internações relatadas, 36.188 foram por dependência de álcool (55,4%), 26.054 por psicoses alcoólicas (39,9%) e 3.062 por todas as outras drogas somadas.

Este panorama tem sido reforçado em estudos mais recentes (Noto et al 2002) onde foi identificado por meio de levantamento nos anos de 1988 a 1999, que em hospitais e clínicas psiquiátricas de todo o Brasil. O álcool foi identificado em 90% das internações por dependências, 95,3% em 1988, o que equivale, em números absolutos, a 62.242 internações, e 4,7% (3.062) (de todos os outros diagnósticos de internações por substâncias psicoativas) –, a 84,4%, em 1999.

Os problemas decorrentes do uso e dependência de drogas têm sido observados por diversos autores. De acordo Samet, O'connor e Stein (1997), as complicações decorrentes do consumo dessas substâncias incluem cânceres, doenças cardiovasculares, doenças hepáticas e infecções entre outras. Ainda segundo os mesmos autores, o consumo de drogas injetáveis é fator de risco para diversas infecções, entre elas a infecção pelo HIV; dessa forma, o consumo de substâncias acarreta diversos danos físicos, psicológicos e sociais e também está relacionado à criminalidade, baixo rendimento escolar e prejuízos no trabalho e nas relações interpessoais.

Com relação ao uso do álcool, a Organização Mundial da Saúde (2004) reconhece que o seu uso problemático (uso nocivo e dependência) impõe à sociedade uma carga global de agravos indesejáveis e altamente dispendiosos,

sendo uma das principais doenças do século 21. Estima-se que o ônus do álcool (incluindo doenças físicas como cirrose, pancreatite, hepatite alcoólica e também traumas causados por acidentes automobilísticos, por exemplo) seria responsável por 1,5% das mortes e 3,5% de DALYS (Anos de Vida Ajustados por Incapacidade), colocando o controle do uso de álcool como uma das prioridades de saúde pública.

O *Disability Adjusted Life Years (DALYs)* é um indicador de saúde, que se refere ao percentual de anos perdidos em razão de doença ou mortalidade precoce.

Assim, como destacam Almeida Filho et al. (1992) o consumo de substâncias psicoativas parece ser um fenômeno universal da humanidade e, em nossa sociedade, constitui um dos principais problemas de saúde pública.

Os estudos já existentes oferecem um panorama preocupante do uso de drogas de maneira geral levando a refletir sobre as intervenções de saúde nos diferentes níveis de atenção à saúde, a ser abordado na seqüência.

2.2 A atenção primária à saúde e o consumo de drogas

A assistência aos pacientes com abuso de drogas no Brasil sempre foi marcada pelo modelo hospitalocêntrico, com assistência de caráter psiquiátrico. De acordo com Ferreira (2004), foi através da declaração de Caracas, em 1990, que se vinculou a atenção psiquiátrica à atenção primária à saúde, permitindo a promoção de modelos alternativos centrados na comunidade e nas redes sociais, o que permitiu ao usuário a permanência em seu meio comunitário.

De maneira geral, a atenção primária à saúde é definida por Starfield (2001), como o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não apenas direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Ainda, segundo a autora, a atenção primária preocupa-se com problemas mais comuns e menos definidos na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem estar; sendo assim inerentemente mais adaptáveis e capazes de responder às necessidades sociais de saúde em constante mudança.

Por essas características, como afirmam Edwards (1999) e Laranjeira (1996), é natural que o usuário de drogas busque na atenção primária a solução para suas necessidades em saúde, mesmo que seja por causas clínicas decorrentes do uso; e que a ajuda pode ser oferecida ao paciente numa variedade diversificada de ambientes terapêuticos ou não, por profissionais diversos ou por não-profissionais.

A maioria das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas, de acordo com Edwards (1999), entrará em contato, provavelmente, com um médico da atenção primária, um agente comunitário ou mesmo com a enfermeira, e freqüentemente discutirá seus problemas, recusando-se a princípio, a procurar uma clínica especializada.

Ainda, mesmo ao considerar o abuso e a dependência de drogas um tipo de transtorno psiquiátrico, deve-se citar a contribuição da Reforma Psiquiátrica no que tange à abordagem dos profissionais de saúde em relação ao paciente, vertendo sua assistência para fora do âmbito hospitalar, favorece a importância da atenção primária quanto à oferta de assistência aos usuários de drogas, cada vez mais buscando alternativas de tratamento, reabilitação e acompanhamento dessas pessoas junto à comunidade e aos serviços de saúde já existentes, além da prevenção.

A Organização Mundial de Saúde (2002) apresenta as 10 recomendações para a atuação dos profissionais sobre saúde mental, entre as quais destaca-se o provimento do tratamento dos transtornos mentais na atenção primária; sendo este um passo fundamental para melhorar o acesso dos portadores de transtornos aos serviços de saúde e considerando que muitos deles podem já ter resolutividade neste nível de atuação.

A criação de um Plano Nacional de inclusão das Ações de Saúde Mental no PSF pelo Ministério da Saúde, citado por Gonçalves (2002) representa um passo fundamental na elaboração de políticas públicas que abordem o problema do álcool e outras drogas no nível da atenção básica. A autora ainda reporta-se a documento de oficina de trabalho, (realizada em Brasília, em março de 2001), que discutiu a elaboração do citado plano, e que no seu bojo abordava os problemas decorrentes

do abuso de álcool e outras drogas aliadas aos transtornos mentais de maior prevalência, indicando pois, o interesse desse órgão governamental no tema.

Continuando na ênfase às mudanças nesse tema, o Ministério da Saúde, divulgou uma Circular Conjunta n.01/03, de 13/11/03, intitulada *Saúde Mental e Atenção Básica: o Vínculo e o Diálogo Necessários*, Brasil (2003b), destacando, que quanto aos transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, existe a necessidade de uma oferta de atendimento regular para uma estimativa de 6 a 8% da população, embora existam índices ainda mais elevados; e que, para essa população, o sistema assistencial privilegia pessoas mais acometidas no âmbito hospitalar. Nessas unidades, chegam usuários com um processo grave de adoecimento, onde a busca efetiva de cuidados pode chegar a cinco anos, evidenciando conseqüências da falta de acesso dos usuários a práticas de cunho preventivo, ou da ausência de efetividade das mesmas.

Os usuários que já apresentam um padrão de dependência para substâncias psicoativas não constituem a maior parcela da população de pacientes, sendo prioridade o direcionamento para os problemas associados ao uso dessas substâncias e não para a dependência.

Ainda segundo a mencionada circular, a realidade das equipes de atenção básica demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”, onde 56% das equipes de saúde da família assinalaram realizar “alguma ação de saúde mental” por sua proximidade com as famílias e as comunidades. As equipes da atenção básica são recursos estratégicos essenciais para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico.

Por fim, o Ministério da Saúde destaca ainda na mesma circular que as ações de saúde mental na atenção básica devem seguir o modelo de redes do cuidado (por exemplo, referência e contra referência), de base territorial (por exemplo, o PSF) e atuação transversal (por exemplo, equipes multiprofissionais) com outras políticas específicas, e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento; sendo que essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

A adoção de políticas públicas para as drogas vem se tornando iminentes a medida em que vão se conhecendo os agravos e danos à saúde e sociais causadas por elas, bem como se constata a dimensão do problema na sociedade contemporaneidade.

Estratégias isoladas já vinham sendo implementadas quanto ao consumo de drogas no âmbito da saúde pública brasileira, porém sem grandes impactos sociais. Talvez pelo fato dessas estratégias terem sido desenvolvidas de forma independente e desvinculadas de todos os demais serviços da rede assistencial pré-existentes.

A experiência tem mostrado necessidade deste diálogo entre as estratégias específicas para atenção aos usuários de drogas e toda rede assistencial do SUS torna-se fundamental para a incorporação dessas estratégias no cotidiano desses serviços, garantindo assim uma abordagem, contínua, integral, construída cotidianamente, e não apenas como programa a ser desenvolvido de forma temporária.

Dessa maneira, a atenção primária à saúde da qual, atualmente, o Programa Saúde da Família é considerada a porta de entrada do Sistema Único de Saúde,

deve assumir também, a mesma posição referente à atenção aos usuários de drogas.

De acordo com Viana e Dal Poz (1998), pode-se considerar que o PSF iniciou a partir do Programa dos Agentes Comunitários da Saúde (PACS) instituída pelo Ministério da Saúde, com uma proposta centrada na assistência à família como unidade de ação programática de saúde, deslocando a atenção do indivíduo para a família. O PACS também introduziu uma visão ativa de ação preventiva em saúde, que busca estabelecer uma verdadeira interação com a comunidade e, ao mesmo tempo, reorganizando, a demanda por assistência.

O programa apresenta-se como uma possibilidade de reestruturação da atenção primária, como destacada por Trad e Bastos (1998), a partir de um conjunto de ações conjugadas em sintonia com os princípios de territorialização, intersetorialidade, descentralização, co-responsabilização e priorização de grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer.

Referente à dinâmica de funcionamento, cada equipe do PSF atende de 600 a 1.000 famílias ou 4.500 pessoas numa área de abrangência restrita e limitada. São compostas por: um médico generalista, ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e cinco ou seis agentes comunitários de saúde.

De acordo com Levcovitz e Garrido (1996), o PSF é um modelo de atenção que reforça a idéia de saúde como um direito de cidadania, e que este modelo deve oferecer serviços mais resolutivos, integrais e humanizados, pautados na intersetorialidade e da participação da comunidade nas ações de saúde e no controle social.

Souza (1999:24), citado por Gonçalves (2002), destaca alguns compromissos importantes da prática da Saúde da Família no espaço social familiar como núcleo

básico da abordagem, assistência integral, resolutiva, contínua e de qualidade, intervenção em fatores de risco, humanização da assistência, criação de vínculos e co-responsabilidade entre profissionais e a comunidade, desenvolvimento de ações intersetoriais através de parcerias; democratização do processo saúde-doença, da organização do serviço, da produção social da saúde como direito da cidadania e organização da comunidade para efetivo exercício do controle social.

Muitos são os esforços e avanços do Programa Saúde da Família na assistência à saúde da população, como indicou a pesquisa “Avaliação do Processo de Implantação e de Funcionamento do PSF”, Brasil (2003c) no ano de 1999. A exemplo, o tratamento de pacientes hipertensos que aumentou de 34,8% para 98,5% e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil que melhorou de 53,1% para 98,3% no Brasil onde o programa foi implantado.

Porém, ao contrário de outras ações desenvolvidas pelos profissionais do PSF em outras áreas de atenção à saúde, que já há algum tempo vem se mostrando de maneira clara e objetiva, o que se observa cotidianamente é que muito pouco se aborda quanto ao uso, abuso e dependência das drogas na prática do profissional no PSF.

Portanto, no momento em que o Ministério da Saúde, Brasil (2001), considera o Programa Saúde da Família como um modelo de reorganização da prática assistencial criada para substituir o modelo tradicional centrado no hospital, ele assume o desafio de garantir o acesso igualitário a todos os serviços de saúde. Mediante essa relevância, o PSF fechou o ano de 2002 com 16.698 equipes, Brasil, (2003d) equivalentes a 55 milhões de brasileiros assistidos em 4.161 municípios (aproximadamente 32% da população).

Considerando também que, a meta do Ministério da Saúde é multiplicar o número de equipes do programa nos próximos quatro anos, pode-se imaginar o impacto das ações desenvolvidas pelos profissionais do PSF nas condições de saúde da população brasileira, e entendendo que entre as ações que serão desenvolvidas pelo PSF à atenção básica a saúde, deve estar incluída a ação de assistência ao uso, abuso e à dependência de drogas.

Assim, é inequívoca a necessidade de trazer à luz esta questão enquanto desafio profissional do PSF.

Verifica-se, então, que o maior potencial do Programa Saúde da Família está principalmente no envolvimento efetivo de seus recursos humanos em suas práticas assistenciais e com a sua comunidade.

2.3 O Programa Saúde da Família como possibilidade de enfrentamento na problemática das drogas

A importância da articulação entre a atenção primária, a saúde mental e a atenção aos usuários de álcool e outras drogas vem, ultimamente, sendo enfatizada com o propósito de modificações da prática assistencial visando a sua inserção e a integração dessa tríade por parte da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

De fato, essa vinculação se torna imprescindível nos dias atuais, porém, baseando-se nos relatórios do Ministério da Saúde, Brasil (2003e), considera que, embora seja sempre importante e necessária a articulação entre a saúde mental e a atenção básica, nem sempre a mesma apresenta condições favoráveis para realizar essa difícil tarefa; às vezes, pela falta de recursos, e ou pela falta de capacitação que acabam por prejudicar o desenvolvimento de uma ação integral pelas equipes.

Em corroboração com este contexto, o estudo de Gonçalves (2002), a respeito da prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no cotidiano de uma equipe do Programa Saúde da Família, encontrou graves problemas relacionados ao uso de substâncias que se estendem além das questões individuais, ao coletivo dos familiares e da comunidade. Essa autora desenvolveu uma ação – reflexão junto a essa equipe a fim de superar esses problemas no cotidiano de trabalho.

Os resultados dessa pesquisa evidenciaram as fragilidades e potencialidades técnicas do grupo no encaminhamento das dificuldades, superadas mediante um

investimento na capacitação da equipe e na criação de um projeto de ação comunitária, compartilhado com lideranças da comunidade.

Como aborda Gonçalves (2003), o abuso de drogas não pode ser examinado de forma isolada, pois está centrado em contexto complexo e dinâmico. Os profissionais do Programa Saúde da Família, por terem a família como unidade programática de ações e cuidados, devem procurar, a construção de atitudes de solidariedade e compreensão, para ajudar a prevenir e tratar as conseqüências que o consumo dessas substâncias acarreta na família e na comunidade.

Esta autora refere que a prática de cuidados relacionados ao abuso e dependência de drogas no Programa Saúde da Família devem priorizar medidas seletivas de prevenção e de prevenção primária por meio de ações de promoção da saúde, envolvendo o indivíduo, as famílias, os grupos e a comunidade na criação de condições de redução da demanda e oferta de drogas. Sendo que, o que deve fazer a diferença na atuação do Programa Saúde da Família é a criatividade, a inovação, a qualidade, a integralidade, a singularidade da assistência oferecida pelos profissionais da equipe de saúde.

Esse estudo vem reiterar que, embora os profissionais da atenção primária não estejam preparados em suas habilidades teóricas-práticas para manejar com essa questão havendo investimentos, valorização do trabalho, capacitação e explorando as potencialidades dos profissionais da atenção primária à saúde, estes podem contribuir efetivamente no âmbito da assistência aos usuários de drogas.

Campos (2003) cita que o estabelecimento de ações intersetoriais deve permitir que, em cada área, sejam geradas contribuições para a solução dos problemas de saúde que emergem de discussões comunitárias. As prioridades poderão assim transformar-se em pautas positivas, promotoras de saúde. E a

educação e a transformação para a saúde passam a ser itens fundamentais nesse processo, na medida em que aumentam a conscientização dos comportamentos de saúde dos cidadãos e intensificam a participação dos mesmos na definição das prioridades.

Ainda de acordo com o referido autor, a equipe não tem necessariamente que dominar todo o conhecimento sobre as múltiplas ocorrências e agravos que acometem a comunidade, mas sim estar atenta às possíveis relações existentes entre o adoecer e a vida cotidiana de seus integrantes.

Há uma ampla gama de possibilidades em que os profissionais da atenção primária podem atuar frente a este tema. Atuando nos três níveis de prevenção.

Porém, é sempre importante destacar, como relatado por Campos (2003), que, ao se dar prioridade à prevenção, não se pode descuidar do atendimento das demais necessidades de saúde, nos níveis mais complexos do sistema, tendo em mente os objetivos e pressupostos do Sistema Único de Saúde, que devem “assegurar o acesso universal e igualitário a todos os níveis de assistência e prestar ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos”.

De acordo com O’Brein e McLeallan (1996), as medidas de prevenção se fazem necessárias porque, em algum momento, ao repetir o uso de uma ou mais substâncias, o “usuário” perde o controle sobre o comportamento de consumir drogas, tornando-se um “dependente”, quando o desejo de consumir drogas torna-se compulsivo e muitas vezes irresistível, mesmo após um período sem fazer uso dela.

Offord (2000) complementa que a prevenção pode ser das formas: primária (promoção à saúde), secundária (diminuição da incidência da doença real) e terciária (redução de comprometimento pela doença); porém, desde 1990, um segundo modelo tem sido usado para suplementar essa categoria de intervenção preventiva

na saúde pública, podendo ser: universal (destinada à população geral), seletiva (objetivando grupos presumidamente de risco) e indicativo (objetivando aqueles que já experimentaram drogas, por exemplo, mas talvez ainda não se tornaram ainda dependentes).

Logo, para que as conseqüências do uso nocivo de drogas causem o menor dano possível à população é necessário que se invista seriamente em todos os níveis de prevenção.

Um aspecto peculiar da prevenção é o fato de que a ação planejada deve ser aplicada a um grande número de pessoas, causar impacto, para, posteriormente, atingir cada indivíduo de forma efetiva. É um processo com resultado em longo prazo como defende Petta (2004), e deve começar pelo coletivo. Da mesma forma que o tratamento, depende da cultura, mídia, economia local, entre outros fatores. Apesar desta complexidade, os estudos têm mostrado que prevenir é melhor que tratar, principalmente quanto ao montante necessário para desenvolver essas ações.

O Ministério da Saúde, Brasil (2003e) destaca que, a prevenção voltada para o uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas pode ser definida como um processo de planejamento, implantação e implementação de múltiplas estratégias voltadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e riscos específicos, e fortalecimento dos fatores de proteção. Implica necessariamente em inserção comunitária das práticas propostas, com a colaboração de todos os segmentos sociais disponíveis, buscando atuar dentro de suas competências, para facilitar os processos que levem à redução da iniciação no consumo, do aumento deste em freqüência e intensidades, e das conseqüências do uso em padrões de menor comprometimento global.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2003e), as ações preventivas devem facilitar a promoção global dos indivíduos, proporcionando ganhos de qualidade de vida das pessoas e oferecendo opções mais produtivas e alternativas ao uso de drogas enquanto fonte de prazer, e que detenham uma perspectiva evolutiva real ao futuro das pessoas.

A prevenção primária ao uso de álcool e outras drogas de acordo com Petta (2004), tem no vértice social pelo menos quatro aspectos importantes: a família, a escola, o grupo e a comunidade. Somente através da articulação destes segmentos é que a prevenção primária ao uso de drogas pode ser tornar realmente efetiva.

Estudo de Dishion e Kavanagh (2000) aponta que na interlocução entre escola e família podem ocorrer importantes contribuições para diminuir problemas comportamentais e uso de substâncias na perspectiva da saúde pública.

Assim, para Botwin (2000), Cuijpers e Scippers (2002), ao se considerar as particularidades de cada escola, família, grupo e comunidade na elaboração de programas de prevenção ao uso de drogas, os resultados se mostraram muito mais efetivos.

Para que a prevenção do primeiro uso de drogas se apresente de maneira realmente efetiva, Gonçalves (2002) destaca que existe a necessidade de um trabalho em equipe multiprofissional em determinado contexto social; que, por um lado, deve romper a centralização do poder médico; e, por outro, desvie o enfoque curativo para questões de ordem social e para práticas educativas, enfatizando a promoção e a prevenção. No entanto, essa mudança no processo de trabalho não pode ser entendida como simplificação desse processo.

Na prevenção secundária, a atuação da atenção primária seria ligada às populações específicas numa abordagem mais objetiva. Um exemplo dessa atuação

seria a oferta de uma assistência mais incisiva, ou seja, os princípios básicos da intervenção breve onde o profissional de saúde atuaria com a identificação do problema por meio de instrumentos de rastreamento do uso problemático do álcool (exemplo AUDT, CAGE) e o aconselhamento para os riscos do uso de drogas, conhecimento das redes de referência e contra-referência.

Para a prevenção terciária, os profissionais da atenção primária necessitariam de capacitação bastante específica, que permitiria atuar no tratamento através de intervenções que possibilitam o acompanhamento da evolução dos clientes que já desenvolveram a dependência da droga e prevenindo complicações futuras, contribuindo também na reabilitação psicossocial e manutenção da abstinência, se for o caso.

Para tanto, como destaca Pillon (2002), para que estes níveis se estabeleçam na prática torna-se necessário uma ênfase no desenvolvimento de programas educacionais sobre álcool e outras drogas para profissionais de saúde atuarem tanto em níveis primários à saúde como em níveis avançados e especializados .

É necessário que haja uma reorganização dos conteúdos teóricos e das práticas, incorporando criativamente os avanços técnico-científicos às bases teóricas e empíricas de cada contexto, social, cultural, particular, e epidemiológico. Para operacionalizar essas mudanças, como coloca Gonçalves (2002), “a formação de recursos humanos comprometidos integralmente com a interdisciplinaridade é fundamental, no sentido de uma troca de saberes e práticas que não aprisionam o processo de trabalho em estruturas rígidas; ao contrário, valoriza o potencial criativo e as competências de cada integrante da equipe”.

Para que sejam trabalhadas a prevenção e a promoção à saúde na abordagem quanto ao uso de drogas, é preciso repensar a tradição organicista e tecnicista no tratamento dos problemas de saúde.

De acordo com Levcovitz (1996), a concepção predominante na formação tradicional dos profissionais da área da saúde está sustentada pelo enfoque biologicista, centrado na doença e pouco vocacional ao social, conformando o modelo hegemônico no ensino e nas práticas de saúde, sendo que, se a formação dos profissionais de saúde não for modificada, o modelo de atenção também não o será, na realidade do dia-a-dia.

Profissionais aptos tecnicamente para oferecer práticas transformadoras efetivas, com competência técnica, compromisso social e capacidade para trabalho em equipe multiprofissional não estão ainda disponíveis no mercado de trabalho como indica Gonçalves (2002). O modelo no qual os profissionais de saúde têm sido formados não está produzindo ações de acordo com as principais necessidades da população, pouco tem articulado a educação e saúde, promoção, prevenção e cura.

A educação formal sobre o uso de drogas e suas conseqüências apresenta algumas limitações afirma Pillon (2003). Para oferecer serviços com qualidade e compatíveis com a realidade, o profissional de saúde deveria estar preparado para atender às mudanças geradas nas necessidades de saúde.

Para Vilela e Mendes (2003), um novo modelo de atenção à saúde tem sido proposto para se alcançar o desenvolvimento de um pensamento que responda pela complexidade que caracteriza o mundo atual, com seus desafios; entre eles, os problemas de saúde. E, para o alcance deste novo modelo são necessárias mudanças no sistema de formação dos profissionais de saúde.

2.4 Atitudes dos profissionais de saúde frente ao contexto das drogas

Eagly (1994) define a atitude como uma tendência psicológica que é manifestada pela avaliação de uma questão particular com certo grau de aprovação ou desaprovação. A tendência psicológica refere ao estado interno da pessoa e a avaliação refere a todas as classes de repostas, evidentes ou não, podendo estar divididas em comportamentais (as ações), cognitivos (pensamentos) e afetivos (sentimentos e emoções).

De acordo com Allport (1973), as atitudes exprimem o que a pessoa sente em relação a certas situações e avaliam a questão em particular com um certo grau de aprovação ou desaprovação.

Nunnally (1970) refere que as atitudes dizem respeito aos sentimentos sobre determinados objetos sociais – objetos físicos, tipos de indivíduos, determinadas pessoas (geralmente personalidades), instituições sociais, políticas e outros. Coloca também que existem diferenças entre interesses e valores das atitudes.

Segundo esse autor, as atitudes são sempre relativas a um determinado “alvo” ou objeto, diferentemente dos interesses e valores que, por sua vez, se referem a numerosas atividades.

Também, em relação às atitudes, Guilford (1954) destaca que a atitude seria uma disposição pessoal, presente em todos os indivíduos, podendo variar em diferentes graus, assim, o indivíduo reage de maneira positiva ou negativa a objetos, situações, fatos, indivíduos, proposições, etc.

Quanto às atitudes e percepções com relação ao usuário de álcool e outras drogas, um estudo realizado por Pillon (2003) de avaliação de atitudes dos

enfermeiros com relação ao alcoolismo, realizado na Universidade Federal de São Paulo com estudantes, enfermeiros assistenciais e docentes do curso de Enfermagem, verificou que os enfermeiros reconhecem o alcoolismo como doença que deve ser tratada, e não punida; porém que poucas são as satisfações pessoais e profissionais em trabalhar com esta população.

Reyes e Luis (2004) ao estudarem as atitudes de enfermeiras de um complexo hospitalar na Bolívia, em relação ao paciente alcoólico, através de uma escala de atitudes composta por cinco sub-escalas, verificaram que as enfermeiras concordam que a vida do alcoólatra é desagradável, porém não são os pacientes de sua preferência e declaram indiferença quanto a se sentir confortáveis na oferta da assistência oferecida a esses pacientes. O estudo mostrou, também, que conceituam o alcoólatra como paciente grave e irrecuperável.

Segundo as autoras, as atitudes das enfermeiras refletem as influências do seu meio pessoal, profissional e provavelmente da formação de enfermagem sobre esse tema.

Um estudo realizado por Vargas (2001) a respeito das atitudes dos enfermeiros em relação ao alcoolismo num hospital geral, conclui que há um forte valor moralista, onde, apesar dos enfermeiros reconhecerem que o alcoolismo seja uma doença, preferem não trabalhar com esta clientela.

Ferreira e Luis (2000) verificaram em uma pesquisa realizada em instituições psiquiátricas sobre a opinião de uma equipe de enfermagem a respeito do uso e do usuário de drogas, que tais pessoas eram vistas como instáveis emocionalmente e sem força de vontade.

Martins e Corrêa (2004) buscaram compreender o significado do trabalhar com substâncias psicoativas, entre funcionários de enfermagem de um hospital

geral, revelaram que esse manejo se mostra aos trabalhadores em sua essência, um trabalho “como outro qualquer”, sendo significativa a ênfase dada ao fazer em detrimento da prática reflexiva; revelou também um receio de falar sobre o “proibido”, o que “compromete”, sendo a droga enfocada como uma possibilidade real de uso no cotidiano dessa equipe.

Campos (2000), estudando também os conceitos, sentimentos e práxis da equipe de enfermagem de um pronto-socorro geral sobre alcoolistas, encontrou que os sentimentos atribuídos a estes era de medo, pena e raiva, e que a assistência prestada era baseada na abordagem biologicista.

De acordo com Rassol (2000) e Samet (1997), a maioria dos problemas relacionados ao uso de drogas pouco é detectada quando esses pacientes procuram os profissionais da atenção primária, ou quando o fazem, estes relutam em dar continuidade ao tratamento.

Tal situação também se reflete em hospitais psiquiátricos. Em um estudo sobre o cuidado de enfermagem ao dependente de substâncias psicoativas, realizado por Farias (2000), observou que este se resume à vigilância, punição e encaminhamento para outros profissionais, principalmente o médico.

Na tentativa de identificar as dificuldades que os profissionais da atenção primária à saúde apresentam ao manejarem com pessoas usuárias de drogas; em uma pesquisa, realizada Aalto e Seppä (2002) com 1000 pacientes, concluíram que o uso de álcool ou outras drogas é raramente abordado pelos profissionais.

Em relação à opinião dos enfermeiros que atuam na atenção primária através das Unidades Básicas de Saúde, sobre os usuários de drogas, Sprigico e Alencastre (2004), através de análises das falas, mostraram que as opiniões concentram-se na abordagem médico e sócio-cultural, mas que, no entanto, alguns extratos, mesmo

com pouca clareza, poderiam indicar que as transformações sociais da atualidade contribuem para a “desregulamentação” do uso de drogas, aproximando-se da abordagem Crítico-Holístico de Saúde Internacional.

Através da análise dos estudos, pode-se perceber que atitudes neutras e negativas dos enfermeiros podem ser conseqüências de um ensino ainda pouco estruturado nesse tema na formação de diferentes profissões contribuindo para o comprometimento da oferta de cuidados a essa população. A educação formal sobre o uso de álcool e suas conseqüências apresenta limitações, principalmente no âmbito da assistência, nos cuidados adequados e no manejo dos pacientes com problemas ou dependentes de álcool.

Apesar dessas pesquisas serem destinadas particularmente aos profissionais enfermeiros, pode-se, possivelmente, inferir que a mesma situação se estenda aos demais profissionais que atuam na atenção primária.

Possivelmente existem dificuldades significativas nos profissionais e não profissionais que atuam na atenção primária, quanto ao manejo dos pacientes usuários de drogas na prática cotidiana. Tais dificuldades podem estar relacionadas a diversos fatores, além da formação educacional, devido à complexidade do próprio tema, as representações sociais (por muitas vezes negativa) dos usuários de drogas. Não tendo a intenção de esgotar o assunto, a presente investigação se propõe a atingir os seguintes objetivos.

3 OBJETIVOS

Identificar as atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, uso nocivo e dependência de drogas.

Comparar as atitudes entre os profissionais de saúde do Programa Saúde da Família quanto a escolaridade (nível superior e não superior) frente ao uso, uso nocivo e dependência de drogas.

4 MÉTODO

4.1 Desenho

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e descritivo sobre atitudes dos profissionais do Programa Saúde da Família frente ao uso, abuso e dependência e drogas.

4.2 População e Local

A população foi constituída por profissionais que atuam nas equipes do Programa Saúde da Família do município de Araçatuba-SP.

O município conta com 35 equipes do Programa Saúde da Família; sendo constituídas por: 35 médicos, 35 enfermeiros, 35 auxiliares de enfermagem, 10 odontólogos, 10 auxiliares de consultório dentário e 210 agentes comunitários de saúde. Perfazendo um total de 335 profissionais.

O questionário foi distribuído aos 335 profissionais de saúde (100% da população) que constituem as 35 equipes do Programa Saúde da Família do município de Araçatuba – SP. Destes 286 (85,37%) o responderam por completo, os demais (14,63%) retornaram em branco ou incompletos.

4.3 Procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos

A fase de coleta de dados ocorreu seguindo as seguintes etapas:

- a) Obteve-se previamente a autorização formal para o desenvolvimento da pesquisa do secretário municipal de saúde responsável pelo Programa Saúde da Família do município de Araçatuba-SP. Assim, foram solicitados uma lista com os nomes dos coordenadores das equipes de saúde da família, endereço e telefone das Unidades de Saúde da Família.
- b) Em cada Unidade básica de Saúde (11 no total) todos os componentes das equipes foram esclarecidos a respeito da pesquisa, assim como os objetivos, a metodologia, a relevância, importância da colaboração, os procedimentos éticos e legais. Foi salientado sobre a liberdade de participação que cada profissional tem em participar ou não da pesquisa, sem prejuízo algum ou represálias ao optar por não participar respondendo o questionário; e quaisquer dúvidas que tivessem a respeito.
- c) Os Termos de Consentimento Livre-Esclarecido (anexo 1) foram distribuídos para aqueles que aceitassem a participação na pesquisa, então mediante a assinatura e devolução, foi entregue o questionário. Os termos de consentimento foram guardados em envelopes devidamente identificados e separadamente dos questionários que foram respondidos, garantindo assim o anonimato.
- d) Distribuiu-se aos participantes uma cópia do questionário para ser respondido. Os participantes foram orientados que o período para preenchimento e devolução seria de 24 horas.

4.4. Comitê de Ética

Mediante a autorização do Comitê de Ética de Pesquisas Clínicas “in Anima Nobili” da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – e Secretaria Municipal de Saúde e Higiene Pública (de acordo com a Resolução 96/196). Foi realizado um esclarecimento sobre a pesquisa e garantia do anonimato aos sujeitos (Anexo 2).

4.5 Estudo Piloto

Um estudo piloto foi realizado inicialmente com a avaliação de 11 profissionais do PSF, possibilitando assim discutir as possíveis dificuldades no entendimento do questionário. De acordo com as sugestões foi re-organizada a estrutura de apresentação do questionário visando facilitar sua utilização.

4.6 Instrumento

Para o instrumento de coleta de dados foi formatado um questionário individual, estruturado com perguntas fechadas (Anexo 3), com o seguinte roteiro:

- 1- Identificação sócio-demográfica (idade sexo, formação, atuação na equipe, tempo no PSF, tempo na mesma equipe, o que o profissional considera droga).
- 2 – Um check–list sobre as substâncias que são consideradas drogas de abuso pelos profissionais do PSF.
- 3 – A assistência de saúde aos usuários de drogas no PSF; respondida em 5 questões, todas numa escala de resposta de 0 a 10; segundo o modelo de Griffin (1999).

4 - Um check - list referente a sentimentos dos profissionais do PSF ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas.

5 – A escala “The Seaman & Mannello Nurse’s Attitudes Toward Alcohol and Alcoholism Scale” que é composta por 30 avaliações, divididos entre 5 sub-escalas, que foi desenvolvida para avaliar crenças, atitudes e cuidados prestados pelos enfermeiros em relação ao alcoolismo.

Foi testada a confiabilidade da escala contendo 30 questões, ou seja na sua integra, obteve-se um alfa de Cronbach de 0,6996 considerado aceitável para sua utilização.

As sub-escalas para leitura da escala estão composta por:

Escores de Q. Disponibilidade de tratamento para os casos: Terapia X Punição: Valores altos indicam que os profissionais de saúde provavelmente percebem os alcoolistas como doentes e que o tratamento por terapia deve ser oferecido. Valores baixos indicam que os profissionais de saúde percebem que o alcoolista tem uma boa saúde física e deveria ser punido pelo seu uso de álcool.

Escores de R. Satisfação pessoal/profissional em trabalhar com dependente de drogas. Valores altos indicam que os profissionais de saúde percebem que trabalhar com alcoolistas é compensador. Eles desejam tê-los como pacientes e sentem-se confortáveis nessa atuação profissional. Valores baixos indicam sentimentos de desconforto e confusão para tratá-los. Os profissionais com estes escores questionam suas habilidades para cuidar com êxito esses pacientes.

Escores de S. Inclinação X Identificação: Habilidade para ajudar dependentes de drogas. Valores altos indicam que os profissionais de saúde percebem os alcoolistas

como cidadãos respeitáveis, que podem ser ajudados para ter uma vida normal. Os profissionais de saúde percebem que os alcoolistas querem ser curados, e com profissional pode ajudá-lo a atingir esse objetivo. Valores baixos indicam que os profissionais de saúde acreditam que se o próprio paciente não tentar se ajudar, o profissional não poderá fazê-lo.

Escores de T. Percepção das características pessoais do dependente de drogas. Valores Altos indicam que os profissionais percebem que os alcoolistas são pessoas basicamente infelizes, solitárias e sensíveis, duvidam de si próprios e têm graves dificuldades emocionais. Valores baixos indicam que os profissionais de saúde percebem os alcoolistas como pessoas que simplesmente bebem excessivamente e que não tem problemas psicológicos.

Escores de U. Atitudes pessoais em relação ao uso de drogas. Valores altos indicam que os profissionais percebem que o uso do álcool em si, não é ruim. O uso moderado do álcool pode ser benéfico. Valores baixos indicam que os profissionais percebem que o perigo está no álcool e não na pessoa que o consome e, em qualquer quantidade ele é prejudicial, ou ao menos, moralmente errado.

Essa escala foi traduzida e validada por Pillon (2003), usada entre 319 enfermeiros (enfermeiros assistenciais, docentes e estudantes de enfermagem). Tal escala foi adaptada novamente para ser utilizada com os profissionais do Programa Saúde da Família bem como para a temática das drogas.

Para padronizar a forma de respostas utilizadas nas escalas foi estabelecido o estilo “likert-scale”, com respostas variando de 1-“Discordo Muito” a 5-“Concordo Muito”.

4.7 Análise dos Dados

A análise dos dados foi realizada através de um banco de dados no programa de estatística SPSS – *Statistical Program of Social Science v.8 for Widdows*, para possibilitar a análise descritiva das informações sócio-demográficas da população estudada e análise das escalas.

Foi realizada a análise descritiva das variáveis, bem como a análise multivariada.

Foram utilizados os testes de comparação de média de ANOVA, o teste QUI-QUADRADO PARA INDEPENDÊNCIA utilizado para se verificar a dependência estatística de duas variáveis, e para comparação de proporção o teste IGUALDADE DE DUAS PROPORÇÃO.

Para complementar a análise descritiva e multivariada, foram usadas à técnica de Intervalo de Confiança para a média e a proporção.

O nível de significância (se admitirmos erro nas conclusões estatísticas, ou seja, o erro estatístico cometido nas análises) foi de 0,05 (5%). Assim, todos os intervalos de confiança construídos ao longo da pesquisa foram construídos com 95% de confiança estatística.

5 RESULTADOS

5.1 – Apresentação dos resultados

Os resultados estão apresentados de acordo com a seqüência apresentada no questionário, a saber:

5.2 – Análise Descritiva

5.2.1. Parte I: Descrição das variáveis sócio-demográficas

Tabela 1. Apresentação em número e porcentagem das informações sócio-demográficas dos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

	N	%
Sexo		
Masculino	25	12
Feminino	251	88
Escolaridade		
Com Graduação	97	34
Sem graduação	189	66
Categoria Profissional		
Agente Comunitário de Saúde	180	63
Enfermeira	33	11.5
Auxiliar de Enfermagem	32	11.2
Médico	31	10.8
Odontólogo	6	2
Auxiliar de Consultório Dentário	4	1.4

A tabela 1 apresenta que a equipe dos profissionais de saúde do PSF é composta em sua maioria por mulheres 251(88%). Referente a escolaridade 189 (66%) não eram formados em nível superior. Em sua maioria 180(63%) eram os agentes comunitários.

Ainda quanto às informações sócio-demográficas, a idade média é de 36.13 anos e o tempo médio de atuação no PSF é de 3.04 anos.

5.2.2. Parte II: Avaliação das substâncias consideradas drogas de abuso.

Tabela 2. Apresentação em número e porcentagem das substâncias consideradas drogas de abuso pelos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

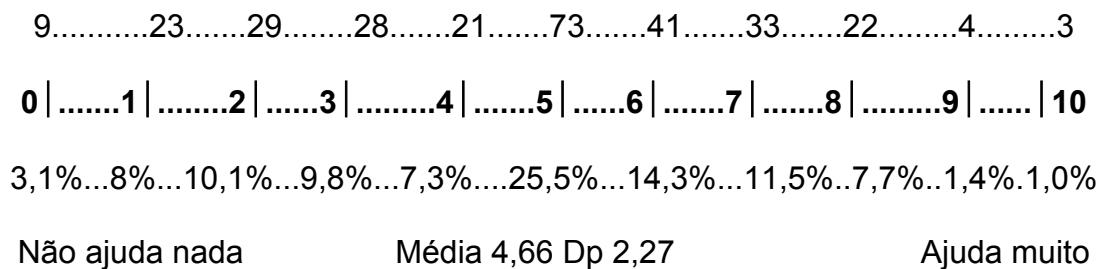
	N	%
Crack	262	91,6
Maconha	262	91,6
Cocaína	261	91,3
Bebida Alcoólica	254	88,8
Ecxtase	246	86,0
LSD	230	80,4
Cigarro	226	79,0
Lança perfume	210	73,4
Haxixe	205	71,7
Inalantes	204	71,3
Alucinógenos	194	67,8
Anfetamina	191	66,8
Ansiolítico	162	56,6
Barbitúrico	162	56,6
Anticolinérgico	139	48,6

A tabela 2 apresenta que as substâncias consideradas drogas em unanimidade são o crack, a maconha e a cocaína (91,3 a 91,6%).

5.2.3. Parte III: Avaliação da assistência realizada.

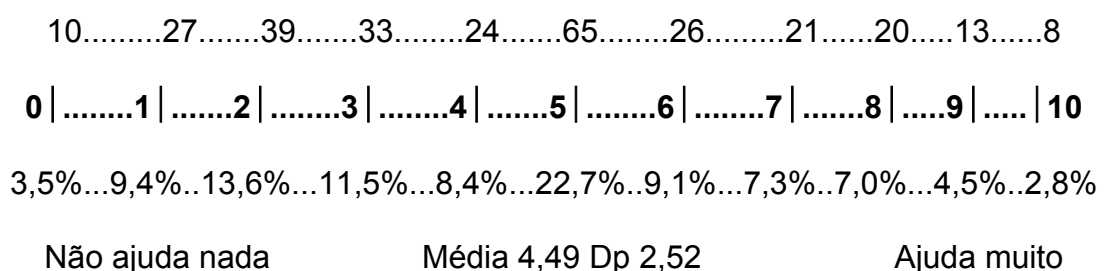
Apresentação da distribuição em número e porcentagem da avaliação da assistência realizada pelos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286), respondida em 5 questões (ou perguntas; por isso se deu a codificação: P1,P2,P3,P4,P5), todas numa escala de resposta de 0 a 10 (em negrito); segundo o modelo de Griffin (1999) (anexo 3).

P1. Quanto os profissionais do PSF percebem que tem ajudado os pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas.

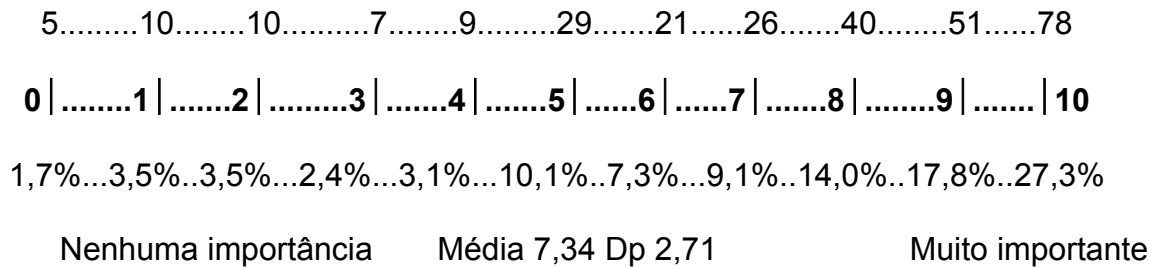


Os profissionais da saúde do PSF 183(64%) responderam que os profissionais do PSF têm ajudado pouco os pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas, o que corresponde a mais que a metade dos profissionais.

P2. Quanto os profissionais do PSF consideram que os pacientes se beneficiam da assistência oferecida no tratamento de drogas no PSF.



P5. Quanto os profissionais do PSF consideram importante a assistência aos usuários de drogas inserida no programa.



Os profissionais da saúde do PSF 253(89,3%) consideram muito importante a assistência aos usuários de drogas estar inserida no programa.

5.2.4. Parte IV:Avaliação dos sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas.

Tabela 3. Apresentação em número e porcentagem dos sentimentos ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas, pelos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Sim	N	%
Compaixão	149	52,1
Tristeza	133	46,5
Desconforto	98	34,3
Medo	92	32,2
Mal estar	53	18,5
Satisfação	52	18,2
Ansiedade	43	15,0
Bem estar	32	11,2
Insatisfação	25	8,7
Nervosismo	25	8,7
Conforto	24	8,4
Felicidade	22	7,7
Segurança	21	7,3
Confusão	18	6,3
Alegria	17	5,9
Indiferença	12	4,2
Vergonha	10	3,5
Tédio	9	3,1
Raiva	8	2,8
Recusa	7	2,4

A tabela 3 apresenta que os profissionais do PSF apresentam sentimentos de compaixão (52%) e tristeza (46,5%) em lidar com pacientes usuários de drogas.

5.2.5. Parte V. Avaliação da Escala de Atitudes.

Tabela 4. Apresentação dos escores da escala de atitudes em relação ao uso e usuário de drogas, pelos profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
EQ. Terapia vs Punição	8	26	13,8	3,33
ER. Satisfação Pessoal/Profissional dos profissionais em relação a trabalhar com os usuários de drogas.	11	27	18,8	3,12
ES. Habilidade Profissional em trabalhar com os usuários de drogas	11	30	18,8	2,93
ET. Características Pessoais dos usuários de drogas	9	30	16,6	3,75
EU. Atitudes pessoais dos usuários de drogas	9	30	20,91	3,43

A tabela 4 apresenta os escores da escala de atitudes em relação ao uso de drogas, os valores foram comparados com os propostos pelo original, considerando mínimo 6, médio 15 e 30 máximo. A tabela apresenta valores altos indicando atitudes positivas em relação ao uso e aos usuários de drogas, para as 5 sub-escalas.

Porém, no ER. Satisfação Pessoal/Profissional dos profissionais em relação a trabalhar com os usuários de drogas, existe diferença estatisticamente significativa, destacando-se o grupo de profissionais com escolaridade com nível superior que apresenta media maior comparado ao grupo sem nível superior.

5.3 - Análise Multivariada.

5.3.1. Parte I: Descrição das variáveis sócio-demográficas.

Tabela 5. Apresentação da comparação entre idade e escolaridade, entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Idade	Não Superior	Superior
Média	34,72	38,87
Mediana	34	40
Desvio Padrão	8,00	10,27
Mínimo	22	22
Máximo	60	65
Tamanho	189	97
Limite Inferior	33,58	36,82
Limite Superior	35,87	40,91
p-valor	<0,001*	

A tabela 5 apresenta que existe diferença significativa entre a idade dos profissionais do PSF em relação à escolaridade, ou seja, ter ou não graduação no ensino superior. A média de idade dos profissionais com nível superior é maior que a idade média de quem não tem cursos superior.

Tabela 6. Comparação entre tempo de trabalho no PSF e a escolaridade, entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Tempo PSF	Escolaridade	
	Não Superior	Superior
Média	2,97	3,16
Mediana	3	4
Desvio Padrão	1,10	1,16
Mínimo	1	1
Máximo	4	5
Tamanho	189	97
Limite Inferior	2,82	2,93
Limite Superior	3,13	3,40
p-valor	0,172	

Concluiu-se que embora o grupo com curso superior trabalhe há mais tempo (3,16 anos) no PSF, não podemos dizer que exista diferença média estatisticamente significativa para o grupo que não possui curso superior (2,97 anos).

Tabela 7: Comparação entre o nível de escolaridade e o sexo entre profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Escolaridade	Sexo		
	Homem	Mulher	
Não Superior	N	12	177
	%	6,3	93,7
	var	3,5	
Superior	N	23	74
	%	23,7	76,3
	var	8,5	
p-valor	<0,001*		

Conclui-se que diferença existe proporcional entre os grupos para homens e mulheres. Verifica-se que o grupo com escolaridade com nível superior possui bem mais homens do que o grupo com escolaridade sem nível superior, e que, este possui bem mais mulheres do que o grupo com ensino superior.

5.3.2. Parte II: Avaliação das substâncias consideradas drogas de abuso.

Tabela 8. Comparação das substâncias consideradas drogas de abuso e o nível de escolaridade entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Drogas		Sim			Não			p-valor
		N	%	var	N	%	var	
BA	Não Superior	164	86,8	4,8	25	13,2	4,8	0,127
	Superior	90	92,8	5,1	7	7,2	5,1	
CIGARRO	Não Superior	139	73,5	6,3	50	26,5	6,3	0,001*
	Superior	87	89,7	6,1	10	10,3	6,1	
CRACK	Não Superior	168	88,9	4,5	21	11,1	4,5	0,021*
	Superior	94	96,9	3,4	3	3,1	3,4	
INALANTE	Não Superior	120	63,5	6,9	69	36,5	6,9	<0,001*
	Superior	84	86,6	6,8	13	13,4	6,8	
MACONHA	Não Superior	167	88,4	4,6	22	11,6	4,6	0,006*
	Superior	95	97,9	2,8	2	2,1	2,8	
COCACAÍNA	Não Superior	167	88,4	4,6	22	11,6	4,6	0,015*
	Superior	94	96,9	3,4	3	3,1	3,4	
EXCTASE	Não Superior	157	83,1	5,3	32	16,9	5,3	0,045*
	Superior	89	91,8	5,5	8	8,2	5,5	
ANFETAMINA	Não Superior	111	58,7	7,0	78	41,3	7,0	<0,001*
	Superior	80	82,5	7,6	17	17,5	7,6	
LSD	Não Superior	143	75,7	6,1	46	24,3	6,1	0,005*
	Superior	87	89,7	6,1	10	10,3	6,1	
HAXIXE	Não Superior	122	64,6	6,8	67	35,4	6,8	<0,001*
	Superior	83	85,6	7,0	14	14,4	7,0	
LANÇA PERFUME	Não Superior	126	66,7	6,7	63	33,3	6,7	<0,001*
	Superior	84	86,6	6,8	13	13,4	6,8	
ANSIOLÍTICO	Não Superior	86	45,5	7,1	102	54,0	7,1	<0,001*
	Superior	76	78,4	8,2	21	21,6	8,2	
ANTICOLÉRGICO	Não Superior	68	36,0	6,8	121	64,0	6,8	<0,001*
	Superior	71	73,2	8,8	26	26,8	8,8	
BARBITÚRICO	Não Superior	87	46,0	7,1	102	54,0	7,1	<0,001*
	Superior	75	77,3	8,3	22	22,7	8,3	
ALUCINÓGENO	Não Superior	112	59,3	7,0	77	40,7	7,0	<0,001*
	Superior	82	84,5	7,2	15	15,5	7,2	

Percebe-se que em praticamente todas as perguntas a respeito de quais substâncias são consideradas drogas, existe diferença entre as proporções do grupo com e sem ensino superior, a não ser pela pergunta sobre “Bebida Alcoólica”, cujas respostas mostraram igualdade entre os grupos.

5.3.3. Parte III: Avaliação da assistência realizada.

Tabela 9: Comparação da avaliação sobre a assistência realizada aos usuários de drogas e a escolaridade entre os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Quantitativo	Média	Mediana	Desvio Padrão	Mín	Máx	N	Limite Inferior	Limite Superior	p-valor	
P1.	Não Superior	4,48	5	2,31	0	10	189	4,15	4,81	0,062 #
	Superior	5,01	5	2,15	0	9	97	4,58	5,44	
P2	Não Superior	4,36	4	2,62	0	10	189	3,99	4,73	0,213
	Superior	4,75	5	2,31	0	9	97	4,29	5,21	
P3	Não Superior	4,94	5	2,67	0	10	189	4,56	5,32	0,001 *
	Superior	6,09	7	2,72	0	10	97	5,55	6,63	
P4	Não Superior	4,30	4	2,77	0	10	189	3,90	4,69	0,459
	Superior	4,55	5	2,57	0	10	97	4,03	5,06	
P5	Não Superior	7,04	8	2,76	0	10	189	6,65	7,44	0,010 *
	Superior	7,92	9	2,53	0	10	97	7,41	8,42	

Percebe-se que foram encontradas diferenças nas médias entre os grupos para os variáveis P3. Você percebe que os problemas do abuso / dependência de drogas tem sido inserido entre os agravos à saúde no PSF e P5. Qual a importância da assistência aos usuários de drogas inserida no PSF. Em ambos os testes, o grupo com nível superior possuiu a maior média.

5.3.4. Parte IV: Avaliação dos sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas.

Tabela 10. Comparação entre os sentimentos em lidar com pacientes usuários de drogas e a escolaridade os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Sentimentos		Não			Sim			p-valor
		N	%	var	N	%	Var	
BEM ESTAR	Não Superior	24	12,7	4,7	165	87,3	4,7	0,258
	Superior	8	8,2	5,5	89	91,8	5,5	
RAIVA	Não Superior	7	3,7	2,7	182	96,3	2,7	0,194
	Superior	1	1,0	2,0	96	99,0	2,0	
TRISTEZA	Não Superior	93	49,2	7,1	96	50,8	7,1	0,201
	Superior	40	41,2	9,8	57	58,8	9,8	
NERVOSISMO	Não Superior	20	10,6	4,4	169	89,4	4,4	0,124
	Superior	5	5,2	4,4	92	94,8	4,4	
RECUSA	Não Superior	4	2,1	2,1	185	97,9	2,1	0,613
	Superior	3	3,1	3,4	94	96,9	3,4	
MEDO	Não Superior	66	34,9	6,8	123	65,1	6,8	0,164
	Superior	26	26,8	8,8	71	73,2	8,8	
DESCONFORTO	Não Superior	63	33,3	6,7	126	66,7	6,7	0,643
	Superior	35	36,1	9,6	62	63,9	9,6	
MAL ESTAR	Não Superior	32	16,9	5,3	157	83,1	5,3	0,331
	Superior	21	21,6	8,2	76	78,4	8,2	
ALEGRIA	Não Superior	16	8,5	4,0	172	91,0	4,0	0,012*
	Superior	1	1,0	2,0	96	99,0	2,0	
SATISFAÇÃO	Não Superior	37	19,6	5,7	152	80,4	5,7	0,393
	Superior	15	15,5	7,2	82	84,5	7,2	
VERGONHA	Não Superior	8	4,2	2,9	181	95,8	2,9	0,344
	Superior	2	2,1	2,8	95	97,9	2,8	
ANSIEDADE	Não Superior	24	12,7	4,7	165	87,3	4,7	0,123
	Superior	19	19,6	7,9	78	80,4	7,9	
COMPAIXÃO	Não Superior	106	56,1	7,1	83	43,9	7,1	0,060#
	Superior	43	44,3	9,9	54	55,7	9,9	
INDIFERENÇA	Não Superior	8	4,2	2,9	181	95,8	2,9	0,965
	Superior	4	4,1	4,0	93	95,9	4,0	
INSATISFAÇÃO	Não Superior	19	10,1	4,3	170	89,9	4,3	0,273
	Superior	6	6,2	4,8	91	93,8	4,8	
TEDIO	Não Superior	7	3,7	2,7	182	96,3	2,7	0,451
	Superior	2	2,1	2,8	95	97,9	2,8	
CONFIANÇA	Não Superior	19	10,1	4,3	170	89,9	4,3	0,157
	Superior	5	5,2	4,4	92	94,8	4,4	
FELICIDADE	Não Superior	14	7,4	3,7	175	92,6	3,7	0,801
	Superior	8	8,2	5,5	89	91,8	5,5	
SEGURANÇA	Não Superior	14	7,4	3,7	174	92,1	3,7	0,953
	Superior	7	7,2	5,1	90	92,8	5,1	
ACEITAÇÃO	Não Superior	26	13,8	4,9	163	86,2	4,9	0,274
	Superior	9	9,3	5,7	87	89,7	5,7	
INSEGURANÇA	Não Superior	44	23,3	6,0	145	76,7	6,0	0,303
	Superior	28	28,9	9,0	69	71,1	9,0	
CURIOSIDADE	Não Superior	33	17,5	5,4	156	82,5	5,4	0,669
	Superior	15	15,5	7,2	82	84,5	7,2	
TRANQUILIDADE	Não Superior	24	12,7	4,7	165	87,3	4,7	0,555
	Superior	10	10,3	6,1	87	89,7	6,1	

ESTRESSE	Não Superior	15	7,9	3,8	173	91,5	3,8	<0,001*
	Superior	21	21,6	8,2	76	78,4	8,2	
CONTENTAMENTO	Não Superior	18	9,5	4,2	171	90,5	4,2	0,019*
	Superior	2	2,1	2,8	95	97,9	2,8	
RECUSA	Não Superior	71	37,6	6,9	118	62,4	6,9	0,266
	Superior	30	30,9	9,2	67	69,1	9,2	

A tabela apresenta que existe diferença entre a amostra para os grupos com os sentimentos: ALEGRE, ESTRESSE e CONTENTAMENTO frente ao paciente usuário de drogas no PSF.

5.3.5. Parte V. Avaliação da Escala de Atitudes segundo a Escala de Seaman-Manello.

Apresentaremos aqui a análise das variáveis sobre atitudes (Questões de 1 a 30) que foram comparadas com o nível de formação dos profissionais do PSF, seguindo 3 tabelas que foram avaliadas entre os que concordaram, discordaram e os que foram indiferentes em relação à avaliação.

5.3.5.1. Avaliação da Escala de Seaman-Manello

Tabela 11. Comparação entre as respostas positivas da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Respostas		Concordo			p-valor
		N	%	var	
Q.1	Não Superior	146	77,2	6,0	0,448
	Superior	71	73,2	8,8	
Q.2	Não Superior	68	36,0	6,8	<0,001*
	Superior	7	7,2	5,1	
Q.3	Não Superior	113	59,8	7,0	0,616
	Superior	55	56,7	9,9	
Q.4	Não Superior	87	46,0	7,1	0,580
	Superior	48	49,5	9,9	
Q.5	Não Superior	20	10,6	4,4	0,062#
	Superior	4	4,1	4,0	
Q.6	Não Superior	131	69,3	6,6	0,017*
	Superior	80	82,5	7,6	
Q.7	Não Superior	8	4,2	2,9	0,723
	Superior	5	5,2	4,4	
Q.8	Não Superior	18	9,5	4,2	0,513
	Superior	7	7,2	5,1	
Q.9	Não Superior	111	58,7	7,0	0,742
	Superior	55	56,7	9,9	
Q.10	Não Superior	6	3,2	2,5	0,679
	Superior	4	4,1	4,0	
Q.11	Não Superior	64	33,9	6,7	0,392
	Superior	28	28,9	9,0	
Q.12	Não Superior	135	71,4	6,4	0,005*
	Superior	53	54,6	9,9	
Q.13	Não Superior	79	41,8	7,0	0,682
	Superior	43	44,3	9,9	
Q.14	Não Superior	119	63,0	6,9	0,304
	Superior	55	56,7	9,9	
Q.15	Não Superior	103	54,5	7,1	0,758
	Superior	51	52,6	9,9	
Q.16	Não Superior	139	73,5	6,3	0,950
	Superior	71	73,2	8,8	

Q.17	Não Superior	83	43,9	7,1	<0,001*
	Superior	16	16,5	7,4	
Q.18	Não Superior	15	7,9	3,9	0,110
	Superior	3	3,1	3,4	
Q.19	Não Superior	31	16,4	5,3	0,838
	Superior	15	15,5	7,2	
Q.20	Não Superior	71	37,6	6,9	0,445
	Superior	32	33,0	9,4	
Q.21	Não Superior	166	87,8	4,7	0,961
	Superior	85	87,6	6,6	
Q.22	Não Superior	65	34,4	6,8	<0,001*
	Superior	6	6,2	4,8	
Q.23	Não Superior	83	43,9	7,1	0,120
	Superior	52	53,6	9,9	
Q.24	Não Superior	79	41,8	7,0	0,808
	Superior	42	43,3	9,9	
Q.25	Não Superior	53	28,0	6,4	0,173
	Superior	20	20,6	8,1	
Q.26	Não Superior	153	81,0	5,6	0,913
	Superior	78	80,4	7,9	
Q.27	Não Superior	90	47,6	7,1	0,018*
	Superior	32	33,0	9,4	
Q.28	Não Superior	94	49,7	7,1	0,035*
	Superior	61	62,9	9,6	
Q.29	Não Superior	147	77,8	5,9	0,155
	Superior	68	70,1	9,1	
Q.30	Não Superior	76	40,2	7,0	0,003*
	Superior	22	22,7	8,3	

Averigua-se que existe diferença proporcional entre os grupos referentes às perguntas de escores:

Q.6. Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas; e

Q.28. Embora eu possa ajudar o dependente de drogas, ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento.

Apresentam diferença proporcional estaticamente mais elevado para o grupo de profissionais com escolaridade com nível superior comparado ao grupo de profissionais sem nível superior.

Porém, com relação aos escores:

Q.2. Me sinto melhor quando trabalho com dependentes de drogas.

Q.12. Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.

Q.17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso de drogas.

Q.22. Eu me sinto confortável quando trabalho com dependentes de drogas.

Q.27. Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas.

Q.30. O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.

A diferença proporcional é estatisticamente mais elevada para o grupo de profissionais com escolaridade sem nível superior comparados ao grupo com nível superior.

5.3.5.2. Avaliação da Escala entre as respostas: Discordo e Discordo Muito.

Tabela 12. Comparação entre as respostas negativas da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Respostas	Discordo			p-valor	
	N	%	var		
Q.1	Não Superior	22	11,6	4,6	0,667
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.2	Não Superior	69	36,5	6,9	0,002*
	Superior	54	55,7	9,9	
Q.3	Não Superior	44	23,3	6,0	0,783
	Superior	24	24,7	8,6	
Q.4	Não Superior	65	34,4	6,8	0,345
	Superior	28	28,9	9,0	
Q.5	Não Superior	160	84,7	5,1	0,153
	Superior	88	90,7	5,8	
Q.6	Não Superior	37	19,6	5,7	0,045*
	Superior	10	10,3	6,1	
Q.7	Não Superior	132	69,8	6,5	0,964
	Superior	68	70,1	9,1	
Q.8	Não Superior	141	74,6	6,2	0,797
	Superior	71	73,2	8,8	
Q.9	Não Superior	57	30,2	6,5	0,336
	Superior	24	24,7	8,6	
Q.10	Não Superior	174	92,1	3,9	0,698
	Superior	88	90,7	5,8	
Q.11	Não Superior	98	51,9	7,1	0,655
	Superior	53	54,6	9,9	
Q.12	Não Superior	37	19,6	5,7	0,007*
	Superior	33	34,0	9,4	
Q.13	Não Superior	53	28,0	6,4	0,743
	Superior	29	29,9	9,1	
Q.14	Não Superior	45	23,8	6,1	0,579
	Superior	26	26,8	8,8	
Q.15	Não Superior	74	39,2	7,0	0,498
	Superior	34	35,1	9,5	
Q.16	Não Superior	27	14,3	5,0	0,838
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.17	Não Superior	71	37,6	6,9	<0,001*
	Superior	68	70,1	9,1	
Q.18	Não Superior	160	84,7	5,1	0,050*
	Superior	90	92,8	5,1	
Q.19	Não Superior	118	62,4	6,9	0,806
	Superior	62	63,9	9,6	
Q.20	Não Superior	92	48,7	7,1	0,971
	Superior	47	48,5	9,9	
Q.21	Não Superior	11	5,8	3,3	0,278
	Superior	9	9,3	5,8	
Q.22	Não Superior	69	36,5	6,9	0,003*
	Superior	53	54,6	9,9	
Q.23	Não Superior	59	31,2	6,6	0,058#
	Superior	20	20,6	8,1	
Q.24	Não Superior	74	39,2	7,0	0,171

	Superior	30	30,9	9,2	
Q.25	Não Superior	131	69,3	6,6	0,293
	Superior	73	75,3	8,6	
Q.26	Não Superior	23	12,2	4,7	0,961
	Superior	12	12,4	6,6	
Q.27	Não Superior	63	33,3	6,7	0,771
	Superior	34	35,1	9,5	
Q.28	Não Superior	68	36,0	6,8	0,081#
	Superior	25	25,8	8,7	
Q.29	Não Superior	25	13,2	4,8	0,455
	Superior	16	16,5	7,4	
Q.30	Não Superior	74	39,2	7,0	0,733
	Superior	40	41,2	9,8	

Averigua-se que existe diferença proporcional entre os grupos para as seguintes questões:

Q.2. Me sinto bem em trabalhar com dependentes de drogas.

Q.6. Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas.

Q.12. Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.

Q.17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso de drogas,

Q.18. O dependente de drogas que não obedece às ordens dos profissionais deve ser tratado com indiferença.

Q.22. Eu me sinto bem quando trabalho com dependentes de drogas.

5.3.5.3. Avaliação da Escala entre a respostas: Indiferente.

Tabela 13. Comparação entre as respostas neutras da escala de Seaman-Manello em relação ao uso e usuário de drogas e o nível de escolaridade, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Respostas		Indiferente			p-valor
		N	%	var	
Q.1	Não Superior	21	11,1	4,5	0,571
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.2	Não Superior	52	27,5	6,4	0,096#
	Superior	36	37,1	9,6	
Q.3	Não Superior	32	16,9	5,3	0,732
	Superior	18	18,6	7,7	
Q.4	Não Superior	37	19,6	5,7	0,680
	Superior	21	21,6	8,2	
Q.5	Não Superior	9	4,8	3,0	0,884
	Superior	5	5,2	4,4	
Q.6	Não Superior	21	11,1	4,5	0,294
	Superior	7	7,2	5,1	
Q.7	Não Superior	49	25,9	6,2	0,828
	Superior	24	24,7	8,6	
Q.8	Não Superior	30	15,9	5,2	0,430
	Superior	19	19,6	7,9	
Q.9	Não Superior	21	11,1	4,5	0,082#
	Superior	18	18,6	7,7	
Q.10	Não Superior	9	4,8	3,0	0,884
	Superior	5	5,2	4,4	
Q.11	Não Superior	27	14,3	5,0	0,621
	Superior	16	16,5	7,4	
Q.12	Não Superior	17	9,0	4,1	0,527
	Superior	11	11,3	6,3	
Q.13	Não Superior	57	30,2	6,5	0,437
	Superior	25	25,8	8,7	
Q.14	Não Superior	25	13,2	4,8	0,455
	Superior	16	16,5%	7,4	
Q.15	Não Superior	12	6,3	3,5	0,082#
	Superior	12	12,4	6,6	
Q.16	Não Superior	23	12,2	4,7	0,766
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.17	Não Superior	35	18,5	5,5	0,273
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.18	Não Superior	14	7,4	3,7	0,279
	Superior	4	4,1	4,0	
Q.19	Não Superior	40	21,2	5,8	0,915
	Superior	20	20,6	8,1	
Q.20	Não Superior	26	13,8	4,9	0,287
	Superior	18	18,6	7,7	
Q.21	Não Superior	12	6,3	3,5	0,242
	Superior	3	3,1	3,4	
Q.22	Não Superior	55	29,1	6,5	0,085#
	Superior	38	39,2	9,7	
Q.23	Não Superior	47	24,9	6,2	0,867

	Superior	25	25,8	8,7	
Q.24	Não Superior	36	19,0	5,6	0,189
	Superior	25	25,8	8,7	
Q.25	Não Superior	5	2,6	2,3	0,498
	Superior	4	4,1	4,0	
Q.26	Não Superior	13	6,9	3,6	0,915
	Superior	7	7,2	5,1	
Q.27	Não Superior	36	19,0	5,6	0,015*
	Superior	31	32,0	9,3	
Q.28	Não Superior	27	14,3	5,0	0,487
	Superior	11	11,3	6,3	
Q.29	Não Superior	17	9,0	4,1	0,249
	Superior	13	13,4	6,8	
Q.30	Não Superior	39	20,6	5,8	0,005*
	Superior	35	36,1	9,6	

Observa-se que existe diferença proporcional entre os grupos para as perguntas:

Q.27. Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas.

Q.30. O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.

A tabela 14 apresenta um resumo das tabelas 15 a 41, onde comparamos cada sentimento com as sub escalas da Escala de Seaman Manello, apresentado os valores significativos de cada sub-escala.

5.3.5.4. Sentimentos comparados com os escores das escalas.

Tabela 14. Apresentação dos escores da escala de Seaman Manello comparados com os sentimentos, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

	Terapia vs Punição	Satisfação Pessoal/Profissional em trabalhar com os usuários de drogas	Habilidade Profissional em trabalhar com os usuários de drogas	Características Pessoais dos usuários de drogas	Atitudes pessoais do uso de drogas
Felicidade	0,282	<0,001*	0,125	0,267	0,401
Bem Estar	0,846	<0,001*	0,440	0,354	0,917
Mal estar	0,261	0,010*	0,659	0,649	0,036*
Desconforto	0,089#	0,015*	0,633	0,042*	0,005*
Conforto	0,267	0,013*	0,006*	0,213	0,672
Medo	0,118	0,009*	0,001*	0,746	0,960
Estresse	0,607	0,029*	0,092#	0,262	0,406
Segurança	0,579	0,045*	0,002*	0,017*	0,753
Contentamento	0,447	0,004*	0,018*	0,113	0,134
Satisfação	0,695	0,178	0,033*	0,036*	0,833
Insegurança	0,262	0,652	0,021*	0,045*	0,276
Alegria	0,781	0,066#	0,025*	0,253	0,542
Aceitação	0,596	0,026*	0,191	0,435	0,024*
Ansiedade	0,037*	0,548	0,318	0,482	0,703
Vergonha	0,024*	0,650	0,898	0,099#	0,506
Receio	0,875	0,246	0,076#	0,126	0,424
Tranqüilidade	0,381	0,132	0,056#	0,337	0,629
Raiva	0,071#	0,134	0,312	0,064#	0,582
Recusa	0,227	0,347	0,398	0,924	0,086#
Curiosidade	0,714	0,279	0,184	0,108	0,592
Tédio	0,509	0,843	0,416	0,483	0,781
Nervosismo	0,830	0,839	0,807	0,676	0,916
Confusão	0,538	0,595	0,608	0,237	0,292
Compaixão	0,538	0,595	0,608	0,237	0,292
Indiferença	0,110	0,445	0,251	0,812	0,497
Insatisfação	0,120	0,159	0,807	0,978	0,702
Tristeza	0,813	0,305	0,471	0,701	0,510

A tabela apresenta que os sentimentos de ansiedade e vergonha, têm relação com as atitudes relacionadas ao tratamento versus punição dos usuários de drogas.

Os sentimentos de felicidade, aceitação, bem e mal estar, conforto e desconforto, medo estresse, contentamento e segurança estão relacionados com a satisfação pessoal/profissional em trabalhar com usuários de drogas no PSF

Para os sentimentos de conforto, medo, estresse, segurança, contentamento, satisfação, insegurança e alegria com as atitudes relacionadas às Habilidades Profissionais em trabalhar com os usuários de drogas.

Os sentimentos segurança, insegurança e desconforto, satisfação mostram relação com as características pessoais dos usuários de drogas.

Já, os sentimentos de bem estar, desconforto e aceitação aparecem significativamente associados com as atitudes pessoais referentes ao uso de drogas

5.3.5.5. Comparação entre sentimentos e os 5 escores da escala de atitudes em relação ao usuário de drogas, segundo os profissionais do PSF.

Tabela 15. Comparação do sentimento de bem estar com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

BEM ESTAR	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	sim
Média	11,73	11,63	19,10	16,06	18,83	18,41	16,65	16,00	20,90	20,97
Mediana	11	11	19	16	19	18	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,85	2,78	3,01	2,70	2,88	3,31	3,72	3,98	3,51	2,68
Mínimo	7	8	12	11	11	12	9	9	9	15
Máximo	25	18	27	22	30	25	30	26	30	26
Tamanho	254	32	254	32	254	32	254	32	254	32
Limite Inferior	11,38	10,66	18,73	15,13	18,48	17,26	16,20	14,62	20,47	20,04
Limite Superior	12,08	12,59	19,47	17,00	19,18	19,55	17,11	17,38	21,33	21,90
p-valor	0,846		<0,001*		0,440		0,354		0,917	

Tabela 16 . Comparação do sentimento de raiva com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

RAIVA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,67	13,50	18,81	17,13	18,81	17,75	16,51	19,00	20,93	20,25
Mediana	11	14	19	18	19	18	16	19	21	22
Desvio Padrão	2,82	3,21	3,14	1,73	2,94	2,25	3,74	3,55	3,45	2,60
Mínimo	7	10	11	14	11	15	9	15	9	16
Máximo	25	18	27	19	30	22	30	25	30	23
Tamanho	278	8	278	8	278	8	278	8	278	8
Limite Inferior	11,33	11,28	18,44	15,93	18,47	16,19	16,07	16,54	20,52	18,44
Limite Superior	12,00	15,72	19,18	18,32	19,16	19,31	16,95	21,46	21,33	22,06
p-valor	0,071#		0,134		0,312		0,064#		0,582	

Tabela 17. Comparação do sentimento de tristeza com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

.TRISTEZA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,68	11,76	18,58	18,96	18,67	18,92	16,66	16,49	20,78	21,05
Mediana	11	11	18	19	18	19	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,71	2,99	3,31	2,90	3,27	2,48	3,95	3,52	3,69	3,10
Mínimo	7	7	11	12	11	14	9	10	9	10
Máximo	24	25	26	27	30	26	28	30	29	30
Tamanho	153	133	153	133	153	133	153	133	153	133
Limite Inferior	11,25	11,25	18,06	18,47	18,15	18,50	16,03	15,89	20,20	20,53
Limite Superior	12,11	12,27	19,11	19,46	19,18	19,34	17,29	17,09	21,37	21,58
p-valor	0,813		0,305		0,471		0,701		0,510	

Tabela 18. Comparação do sentimento de nervosismo com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

NERVOSISMO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,73	11,60	18,75	18,88	18,77	18,92	16,61	16,28	20,92	20,84
Mediana	11	12	19	19	18	19	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,88	2,47	3,18	2,45	2,94	2,78	3,78	3,51	3,45	3,22
Mínimo	7	7	11	12	11	13	9	10	9	12
Máximo	25	18	27	24	30	26	30	23	30	26
Tamanho	261	25	261	25	261	25	261	25	261	25
Limite Inferior	11,38	10,63	18,36	17,92	18,41	17,83	16,15	14,91	20,50	19,58
Limite Superior	12,08	12,57	19,13	19,84	19,13	20,01	17,07	17,65	21,33	22,10
p-valor	0,830		0,839		0,807		0,676		0,916	

Tabela 19. Comparação do sentimento de recusa com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

RECUSA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,68	13,00	18,73	19,86	18,81	17,86	16,58	16,71	20,96	18,71
Mediana	11	13	19	19	19	18	16	15	21	19
Desvio Padrão	2,84	2,83	3,12	3,53	2,93	2,67	3,71	5,50	3,44	2,21
Mínimo	7	9	11	16	11	13	9	11	9	16
Máximo	25	18	27	26	30	22	30	25	30	22
Tamanho	279	7	279	7	279	7	279	7	279	7
Limite Inferior	11,35	10,90	18,37	17,24	18,46	15,88	16,14	12,64	20,56	17,07
Limite Superior	12,02	15,10	19,10	22,47	19,15	19,84	17,01	20,79	21,37	20,35
p-valor	0,227		0,347		0,398		0,924		0,086#	

Tabela 20. Comparação do sentimento de medo com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

MEDO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,54	12,10	18,43	19,46	18,40	19,59	16,53	16,68	20,90	20,92
Mediana	11	12	18	20	18	19	16	17	21	21
Desvio Padrão	2,92	2,64	3,06	3,16	2,72	3,18	3,71	3,84	3,52	3,25
Mínimo	7	7	11	12	11	13	10	9	9	11
Máximo	25	18	27	26	26	30	30	29	30	30
Tamanho	194	92	194	92	194	92	194	92	194	92
Limite Inferior	11,13	11,56	18,00	18,81	18,02	18,94	16,01	15,90	20,41	20,26
Limite Superior	11,95	12,64	18,86	20,10	18,79	20,24	17,05	17,47	21,40	21,59
p-valor	0,118		0,009*		0,001*		0,746		0,960	

Tabela 21. Comparação do sentimento de descontentamento com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

DESCONTAMENTO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,51	12,11	18,44	19,38	18,72	18,90	16,26	17,20	21,32	20,12
Mediana	11	12	18	19	18	19	16	17	21	21
Desvio Padrão	2,76	2,95	3,25	2,77	2,88	3,03	3,59	3,98	3,07	3,92
Mínimo	7	7	11	12	12	11	9	10	10	9
Máximo	25	24	27	26	28	30	30	29	30	30
Tamanho	188	98	188	98	188	98	188	98	188	98
Limite Inferior	11,12	11,53	17,97	18,83	18,31	18,30	15,74	16,42	20,88	19,35
Limite Superior	11,91	12,70	18,90	19,93	19,13	19,50	16,77	17,99	21,76	20,90
p-valor	0,089#		0,015*		0,633		0,042*		0,005*	

Tabela 22. Comparação do sentimento de mal estar com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

MAL ESTAR	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,81	11,32	18,53	19,75	18,82	18,62	16,53	16,79	21,11	20,02
Mediana	11	11	18	20	18	19	16	17	21	21
Desvio Padrão	2,93	2,40	3,08	3,17	2,92	2,96	3,75	3,76	3,21	4,17
Mínimo	7	7	11	12	11	13	9	9	9	9
Máximo	25	18	27	26	30	26	30	29	30	30
Tamanho	233	53	233	53	233	53	233	53	233	53
Limite Inferior	11,43	10,67	18,14	18,90	18,44	17,83	16,05	15,78	20,70	18,90
Limite Superior	12,18	11,97	18,93	20,61	19,20	19,42	17,01	17,80	21,52	21,14
p-valor	0,261		0,010*		0,659		0,649		0,036*	

Tabela 23. Comparação do sentimento de alegria com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

ALEGRIA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,73	11,53	18,85	17,41	18,88	17,24	16,66	15,59	20,89	21,41
Mediana	11	11	19	18	19	18	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,86	2,58	3,10	3,39	2,91	2,93	3,76	3,41	3,44	3,34
Mínimo	7	8	12	11	11	12	9	11	9	16
Máximo	25	18	27	25	30	22	30	25	30	28
Tamanho	268	17	268	17	268	17	268	17	268	17
Limite Inferior	11,38	10,30	18,48	15,80	18,53	15,84	16,21	13,97	20,48	19,83
Limite Superior	12,07	12,75	19,22	19,02	19,23	18,63	17,11	17,21	21,30	23,00
p-valor	0,781		0,066#		0,025*		0,253		0,542	

Tabela 24. Comparação do sentimento de satisfação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

SATISFAÇÃO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,75	11,58	18,88	18,23	18,96	18,00	16,80	15,60	20,89	21,00
Mediana	11	11	19	18	19	18	17	16	21	22
Desvio Padrão	2,91	2,53	3,05	3,43	2,96	2,68	3,85	3,11	3,59	2,60
Mínimo	7	7	12	11	11	12	9	9	9	16
Máximo	25	18	26	27	30	25	30	25	30	27
Tamanho	234	52	234	52	234	52	234	52	234	52
Limite Inferior	11,38	10,89	18,49	17,30	18,58	17,27	16,31	14,75	20,43	20,29
Limite Superior	12,12	12,26	19,27	19,16	19,34	18,73	17,29	16,44	21,35	21,71
p-valor	0,695		0,178		0,033*		0,036*		0,833	

Tabela 25. Comparação do sentimento de vergonha com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

VERGONHA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,64	13,70	18,74	19,20	18,78	18,90	16,51	18,50	20,93	20,20
Mediana	11	14	19	19	18	19	16	19	21	20
Desvio Padrão	2,81	3,13	3,13	2,94	2,95	2,23	3,72	4,20	3,41	3,99
Mínimo	7	7	11	15	11	16	9	12	9	16
Máximo	25	18	27	26	30	24	30	25	30	30
Tamanho	276	10	276	10	276	10	276	10	276	10
Limite Inferior	11,31	11,76	18,37	17,38	18,43	17,52	16,07	15,90	20,53	17,72
Limite Superior	11,98	15,64	19,11	21,02	19,13	20,28	16,95	21,10	21,34	22,68
p-valor	0,024*		0,650		0,898		0,099#		0,506	

Tabela 26. Comparação do sentimento de ansiedade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

ANSIEDADE	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,86	10,88	18,71	19,02	18,86	18,37	16,65	16,21	20,88	21,09
Mediana	11	11	19	19	19	18	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,90	2,32	3,11	3,23	3,00	2,49	3,72	3,92	3,49	3,08
Mínimo	7	7	12	11	11	12	9	9	9	11
Máximo	25	18	27	25	30	24	30	25	30	28
Tamanho	243	43	243	43	243	43	243	43	243	43
Limite Inferior	11,50	10,19	18,32	18,06	18,48	17,63	16,18	15,04	20,44	20,17
Limite Superior	12,23	11,58	19,10	19,99	19,23	19,12	17,11	17,38	21,32	22,01
p-valor	0,037*		0,548		0,318		0,482		0,703	

Tabela 27. Comparação do sentimento de compaixão com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

COMPAIXÃO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,82	11,62	18,86	18,66	18,88	18,70	16,85	16,33	20,69	21,11
Mediana	12	11	19	18	19	18	17	16	21	21
Desvio Padrão	2,66	3,00	3,25	3,01	2,96	2,91	3,53	3,94	3,59	3,27
Mínimo	7	7	12	11	13	11	10	9	9	10
Máximo	18	25	26	27	30	28	27	30	28	30
Tamanho	137	149	137	149	137	149	137	149	137	149
Limite Inferior	11,38	11,14	18,32	18,18	18,38	18,23	16,26	15,70	20,08	20,59
Limite Superior	12,27	12,10	19,41	19,15	19,37	19,16	17,45	16,96	21,29	21,64
p-valor	0,538		0,595		0,608		0,237		0,292	

Tabela 28. Comparação do sentimento de indignação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

INDIGNAÇÃO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,66	13,00	18,79	18,08	18,82	17,83	16,57	16,83	20,94	20,25
Mediana	11	14	19	18	19	18	16	17	21	21
Desvio Padrão	2,83	2,76	3,15	2,54	2,96	1,90	3,75	3,88	3,47	2,30
Mínimo	7	8	11	14	11	15	9	12	9	16
Máximo	25	18	27	24	30	21	30	25	30	23
Tamanho	274	12	274	12	274	12	274	12	274	12
Limite Inferior	11,33	11,44	18,42	16,65	18,47	16,76	16,13	14,64	20,53	18,95
Limite Superior	12,00	14,56	19,16	19,52	19,18	18,91	17,01	19,03	21,35	21,55
p-valor	0,110		0,445		0,251		0,812		0,497	

Tabela 29. Comparação do sentimento de insatisfação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

INSATISFAÇÃO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,64	12,56	18,68	19,60	18,77	18,92	16,58	16,60	20,89	21,16
Mediana	11	12	18	20	19	18	16	16	21	22
Desvio Padrão	2,83	2,89	3,12	3,12	2,98	2,33	3,73	3,99	3,46	3,05
Mínimo	7	8	11	14	11	16	9	12	9	16
Máximo	25	18	27	26	30	26	30	29	30	30
Tamanho	261	25	261	25	261	25	261	25	261	25
Limite Inferior	11,29	11,43	18,30	18,38	18,41	18,01	16,13	15,04	20,46	19,96
Limite Superior	11,98	13,69	19,06	20,82	19,13	19,83	17,03	18,16	21,31	22,36
p-valor	0,120		0,159		0,807		0,978		0,702	

Tabela 30. Comparação do sentimento de tédio com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

TÉDIO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,70	12,33	18,77	18,56	18,81	18,00	16,55	17,44	20,90	21,22
Mediana	11	12	19	19	19	18	16	18	21	22
Desvio Padrão	2,83	3,32	3,10	4,07	2,96	1,41	3,75	3,71	3,44	3,07
Mínimo	7	8	11	12	11	16	9	12	9	16
Máximo	25	18	27	24	30	20	30	25	30	25
Tamanho	277	9	277	9	277	9	277	9	277	9
Limite Inferior	11,36	10,17	18,40	15,90	18,46	17,08	16,11	15,02	20,49	19,21
Limite Superior	12,03	14,50	19,13	21,21	19,16	18,92	16,99	19,87	21,30	23,23
p-valor	0,509		0,843		0,416		0,483		0,781	

Tabela 31. Comparação do sentimento de conforto com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

CONFORTO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,66	12,33	18,90	17,25	18,93	17,21	16,66	15,67	20,94	20,63
Mediana	11	12	19	18	19	17	17	16	21	21
Desvio Padrão	2,83	2,91	3,07	3,38	2,84	3,39	3,70	4,24	3,45	3,23
Mínimo	7	7	12	11	11	12	9	10	9	16
Máximo	25	18	27	25	30	28	30	28	30	28
Tamanho	262	24	262	24	262	24	262	24	262	24
Limite Inferior	11,32	11,17	18,53	15,90	18,58	15,85	16,22	13,97	20,52	19,33
Limite Superior	12,00	13,50	19,27	18,60	19,27	18,56	17,11	17,36	21,35	21,92
p-valor	0,267		0,013*		0,006*		0,213		0,672	

Tabela 32. Comparação do sentimento de felicidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

FELICIDADE	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,77	11,09	18,97	16,23	18,86	17,86	16,65	15,73	20,86	21,50
Mediana	11	10	19	16	19	18	16	16	21	22
Desvio Padrão	2,82	3,04	3,06	2,83	2,89	3,26	3,74	3,82	3,48	2,72
Mínimo	7	8	12	11	11	12	9	9	9	16
Máximo	25	18	27	21	30	25	30	25	30	26
Tamanho	264	22	264	22	264	22	264	22	264	22
Limite Inferior	11,43	9,82	18,60	15,05	18,51	16,50	16,20	14,13	20,44	20,36
Limite Superior	12,11	12,36	19,34	17,41	19,21	19,22	17,10	17,32	21,28	22,64
p-valor	0,282		<0,001*		0,125		0,267		0,401	

Tabela 33. Comparação do sentimento de confiança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

CONFIANÇA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,69	12,06	18,66	20,28	18,81	18,33	16,59	16,39	20,96	20,11
Mediana	11	11	18	20	19	18	16	17	21	21
Desvio Padrão	2,82	3,11	3,13	2,65	2,98	2,00	3,75	3,82	3,34	4,60
Mínimo	7	8	11	16	11	15	9	9	9	10
Máximo	25	18	27	26	30	24	30	25	30	30
Tamanho	268	18	268	18	268	18	268	18	268	18
Limite Inferior	11,36	10,62	18,28	19,05	18,46	17,41	16,14	14,62	20,56	17,99
Limite Superior	12,03	13,49	19,03	21,50	19,17	19,26	17,04	18,15	21,36	22,24
p-valor	0,602		0,033*		0,501		0,823		0,308	

Tabela 34. Comparação do sentimento de segurança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

SEGURANÇA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,69	12,05	18,85	17,43	18,94	16,86	16,74	14,71	20,90	21,14
Mediana	11	12	19	18	19	17	17	14	21	22
Desvio Padrão	2,84	2,87	3,14	2,52	2,92	2,39	3,75	3,30	3,51	2,26
Mínimo	7	8	12	11	11	12	9	10	9	16
Máximo	25	18	27	21	30	22	30	25	30	25
Tamanho	264	21	264	21	264	21	264	21	264	21
Limite Inferior	11,35	10,82	18,47	16,35	18,59	15,83	16,29	13,30	20,47	20,17
Limite Superior	12,03	13,28	19,23	18,51	19,29	17,88	17,19	16,13	21,32	22,11
p-valor	0,579		0,045*		0,002*		0,017*		0,753	

Tabela 35. Comparação do sentimento de aceitação com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

ACEITAÇÃO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,70	11,97	18,92	17,66	18,86	18,17	16,53	17,06	21,08	19,69
Mediana	11	12	19	18	19	17	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,73	3,49	3,01	3,72	2,74	4,05	3,56	4,96	3,29	4,16
Mínimo	7	7	12	11	11	12	9	11	9	9
Máximo	25	18	27	26	28	30	30	29	30	27
Tamanho	250	35	250	35	250	35	250	35	250	35
Limite Inferior	11,36	10,81	18,54	16,43	18,52	16,83	16,09	15,41	20,68	18,31
Limite Superior	12,04	13,13	19,29	18,89	19,20	19,51	16,97	18,70	21,49	21,06
p-valor	0,596		0,026*		0,191		0,435		0,024*	

Tabela 36. Comparação do sentimento de insegurança com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

INSEGURANÇA	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,61	12,04	18,71	18,90	18,55	19,47	16,32	17,35	21,04	20,53
Mediana	11	12	19	19	18	19	16	18	21	21
Desvio Padrão	2,89	2,69	3,22	2,83	2,99	2,64	3,83	3,42	3,44	3,39
Mínimo	7	7	11	12	11	15	9	11	9	9
Máximo	25	18	27	26	30	28	30	25	30	30
Tamanho	214	72	214	72	214	72	214	72	214	72
Limite Inferior	11,22	11,42	18,28	18,25	18,15	18,86	15,81	16,56	20,58	19,74
Limite Superior	11,99	12,66	19,14	19,56	18,95	20,08	16,84	18,14	21,50	21,31
p-valor	0,262		0,652		0,021*		0,045*		0,276	

Tabela 37. Comparação do sentimento de curiosidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

CURIOSIDADE	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,69	11,85	18,85	18,31	18,89	18,27	16,42	17,38	20,96	20,67
Mediana	11	12	19	18	19	18	16	18	21	20
Desvio Padrão	2,85	2,81	3,02	3,61	2,97	2,65	3,75	3,66	3,51	3,01
Mínimo	7	7	12	11	11	12	9	12	9	12
Máximo	25	18	27	25	30	25	30	27	30	27
Tamanho	238	48	238	48	238	48	238	48	238	48
Limite Inferior	11,33	11,06	18,47	17,29	18,51	17,52	15,94	16,34	20,51	19,81
Limite Superior	12,05	12,65	19,23	19,33	19,26	19,02	16,90	18,41	21,40	21,52
p-valor	0,714		0,279		0,184		0,108		0,592	

Tabela 38. Comparação do sentimento de tranquilidade com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

TRANQUILIDADE	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,66	12,12	18,86	18,00	18,90	17,88	16,66	16,00	20,87	21,18
Mediana	11	11	19	18	19	18	16	16	21	21
Desvio Padrão	2,77	3,30	3,14	2,91	2,94	2,71	3,73	3,92	3,32	4,16
Mínimo	7	9	11	13	11	13	9	10	10	9
Máximo	24	25	27	26	30	24	29	30	30	30
Tamanho	252	34	252	34	252	34	252	34	252	34
Limite Inferior	11,32	11,01	18,47	17,02	18,54	16,97	16,20	14,68	20,46	19,78
Limite Superior	12,01	13,23	19,25	18,98	19,27	18,79	17,12	17,32	21,28	22,57
p-valor	0,381		0,132		0,056#		0,337		0,629	

Tabela 39. Comparação do sentimento de estresse com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

ESTRESSE	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,68	11,94	18,59	19,81	18,67	19,56	16,50	17,25	20,85	21,36
Mediana	11	11	18	20	18	20	16	18	21	22
Desvio Padrão	2,75	3,48	3,06	3,35	3,00	2,30	3,77	3,58	3,44	3,40
Mínimo	7	7	11	14	11	15	9	12	9	15
Máximo	25	24	26	27	30	24	30	25	30	30
Tamanho	249	36	249	36	249	36	249	36	249	36
Limite Inferior	11,34	10,81	18,21	18,71	18,30	18,80	16,03	16,08	20,42	20,25
Limite Superior	12,02	13,08	18,97	20,90	19,05	20,31	16,97	18,42	21,28	22,47
p-valor	0,607		0,029*		0,092#		0,262		0,406	

Tabela 40. Comparação do sentimento de contentamento com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

CONTENTAMENTO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,75	11,25	18,90	16,85	18,89	17,30	16,68	15,30	20,99	19,80
Mediana	11	11	19	18	19	18	16	16	21	20
Desvio Padrão	2,82	3,11	3,06	3,44	2,95	2,23	3,72	3,97	3,48	2,44
Mínimo	7	8	12	11	11	12	9	9	9	16
Máximo	25	18	27	24	30	20	30	25	30	25
Tamanho	266	20	266	20	266	20	266	20	266	20
Limite Inferior	11,41	9,89	18,53	15,34	18,54	16,32	16,23	13,56	20,57	18,73
Limite Superior	12,09	12,61	19,27	18,36	19,25	18,28	17,12	17,04	21,41	20,87
p-valor	0,447		0,004*		0,018*		0,113		0,134	

Tabela 41. Comparação do sentimento de receio com os 5 escores da escala de atitudes em relação aos usuários de drogas segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

RECEIO	ESQ		ESR		ESS		ESCT		ESCU	
	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim
Média	11,70	11,75	18,60	19,05	18,56	19,20	16,33	17,04	20,79	21,13
Mediana	11	11	18	19	18	19	16	17	21	22
Desvio Padrão	2,79	2,93	3,25	2,86	2,89	2,95	3,50	4,14	3,55	3,19
Mínimo	7	7	11	13	11	13	9	10	9	9
Máximo	25	18	27	26	28	30	30	29	30	30
Tamanho	185	101	185	101	185	101	185	101	185	101
Limite Inferior	11,29	11,18	18,13	18,49	18,14	18,62	15,83	16,23	20,28	20,51
Limite Superior	12,10	12,32	19,07	19,61	18,97	19,77	16,83	17,85	21,30	21,75
p-valor	0,875		0,246		0,076#		0,126		0,424	

5.3.5.6. Comparação entre as atitudes positivas relacionadas ao uso e os usuários de substâncias psicoativas e todo os sentimentos.

Tabela 42.. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.2, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.2 Sentir-se melhor quando trabalha com dependentes de drogas.	Não		Sim		Total		p-valor	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%		
BEM ESTAR	Concordo	58	22,8	17	53,1	75	26,2	<0,001*
	Discordo	118	46,5	5	15,6	123	43,0	
	Indiferente	78	30,7	10	31,3	88	30,8	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	71	25,5	4	50,0	75	26,2	0,111
	Discordo	119	42,8	4	50,0	123	43,0	
	Indiferente	88	31,7	4	50,0-	88	30,8	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	48	31,4	27	20,3	75	26,2	0,052#
	Discordo	57	37,3	66	49,6	123	43,0	
	Indiferente	48	31,4	40	30,1	88	30,8	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	70	26,8	5	20,0	75	26,2	0,749
	Discordo	111	42,5	12	48,0	123	43,0	
	Indiferente	80	30,7	8	32,0	88	30,8	
	Total	261	91,3	25	8,7%	286	100	
RECUSA	Concordo	72	25,8	3	42,9	75	26,2	0,499
	Discordo	120	43,0	3	42,9	123	43,0	
	Indiferente	87	31,2	1	14,3	88	30,8	
	Total	279	97,6	7	2,4%	286	100	
MEDO	Concordo	50	25,8	25	27,2	75	26,2	0,818
	Discordo	82	42,3	41	44,6	123	43,0	
	Indiferente	62	32,0	26	28,3	88	30,8	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	59	31,4	16	16,3	75	26,2	0,012*
	Discordo	79	42,0	44	44,9	123	43,0	
	Indiferente	50	26,6	38	38,8	88	30,8	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	66	28,3	9	17,0	75	26,2	0,018*
	Discordo	91	39,1	32	60,4	123	43,	
	Indiferente	76	32,6	12	22,6	88	30,	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	64	23,9	11	64,7	75	26,3	0,001*

	Discordo	119	44,4	4	23,5	123	43,2	
	Indiferente	85	31,7	2	11,8	87	30,5	
	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	57	24,4	18	34,6	75	26,2	0,100
	Discordo	99	42,3	24	46,2	123	43,0	
	Indiferente	78	33,3	10	19,2	88	30,8	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	72	26,1	3	30,0	75	26,2	0,754
	Discordo	118	42,8	5	50,0	123	43,0	
	Indiferente	86	31,2	2	20,0	88	30,8	
	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	67	27,6	8	18,6	75	26,2	0,107
	Discordo	107	44,0	16	37,2	123	43,0	
	Indiferente	69	28,4	19	44,2	88	30,8	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXÃO	Concordo	35	25,5	40	26,8	75	26,2	0,594
	Discordo	63	46,0	60	40,3	123	43,0	
	Indiferente	39	28,5	49	32,9	88	30,8	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	71	25,9	4	33,3	75	26,2	0,763
	Discordo	119	43,4	4	33,3	123	43,0	
	Indiferente	84	30,7	4	33,3	88	30,8	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	71	27,2	4	16,0	75	26,2	0,188
	Discordo	108	41,4	15	60,0	123	43,0	
	Indiferente	82	31,4	6	24,0	88	30,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	72	26,0	3	33,3	75	26,2	0,817
	Discordo	119	43,0	4	44,	123	43,0	
	Indiferente	86	31,0	2	22,	88	30,8	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	65	24,8	10	41,7	75	26,2	0,056#
	Discordo	118	45,0	5	20,8	123	43,0	
	Indiferente	79	30,2	9	37,5	88	30,8	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	64	24,2	11	50,0	75	26,2	0,002*
	Discordo	121	45,8	2	9,1	123	43,0	
	Indiferente	79	29,9	9	40,9	88	30,8	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSÃO	Concordo	71	26,5	4	22,2	75	26,2	0,822
	Discordo	114	42,5	9	50,0	123	43,0	
	Indiferente	83	31,0	5	27,8	88	30,8	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	

SEGURANÇA	Concordo	67	25,4	8	38,1	75	26,3	0,175
	Discordo	117	44,3	5	23,8	122	42,8	
	Indiferente	80	30,3	8	38,1	88	30,9	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	60	24,0	15	42,9	75	26,3	0,057#
	Discordo	112	44,8	11	31,4	123	43,2	
	Indiferente	78	31,2	9	25,7	87	30,5	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	58	27,1	17	23,6	75	26,2	0,695
	Discordo	89	41,6	34	47,2	123	43,0	
	Indiferente	67	31,3	21	29,2	88	30,8	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	59	24,8	16	33,3	75	26,2	0,467
	Discordo	104	43,7	19	39,6	123	43,0	
	Indiferente	75	31,5	13	27,1	88	30,8	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	63	25,0	12	35,3	75	26,2	0,323
	Discordo	112	44,4	11	32,4	123	43,0	
	Indiferente	77	30,6	11	32,4	88	30,8	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	71	28,5	4	11,1	75	26,3	0,047*
	Discordo	106	42,6	16	44,4	122	42,8	
	Indiferente	72	28,9	16	44,4	88	30,9	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	66	24,8	9	45,0	75	26,2	0,134
	Discordo	116	43,6	7	35,0	123	43,0	
	Indiferente	84	31,6	4	20,0	88	30,8	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	50	27,0	25	24,8	75	26,2	0,913
	Discordo	79	42,7	44	43,6	123	43,0	
	Indiferente	56	30,3	32	31,7	88	30,8	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A tabela 42 mostra que existe uma associação estatística para os seguintes sentimentos: Bem Estar, Desconforto, Mal Estar, Alegria, Felicidade e Estresse e a resposta “Me sinto melhor quando trabalho com dependentes de drogas”.

Tabela 43. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.6, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.6.Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas.		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	191	75,2	20	62,5	211	73,8	0,052#
	Discordo	37	14,6	10	31,3	47	16,4	
	Indiferente	26	10,2	2	6,3	28	9,8	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	208	74,8	3	37,5	211	73,8	0,002*
	Discordo	42	15,1	5	62,5	47	16,4	
	Indiferente	28	10,1	0	0,0	28	9,8	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	115	75,2	96	72,2	211	73,8	0,723
	Discordo	25	16,3	22	16,5	47	16,4	
	Indiferente	13	8,5	15	11,3	28	9,8	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	193	73,9	18	72,0	211	73,8	0,855
	Discordo	42	16,1	5	20,0	47	16,4	
	Indiferente	26	10,0	2	8,0	28	9,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	208	74,6	3	42,9	211	73,8	0,012*
	Discordo	43	15,4	4	57,1	47	16,4	
	Indiferente	28	10,0	0	0,0	28	9,8	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	145	74,7	66	71,7	211	73,8	0,210
	Discordo	34	17,5	13	14,1	47	16,4	
	Indiferente	15	7,7	13	14,1	28	9,8	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	145	77,1	66	67,3	211	73,8	0,126
	Discordo	25	13,3	22	22,4	47	16,4	
	Indiferente	18	9,6	10	10,2	28	9,8	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	165	70,8	46	86,8	211	73,8	0,020*
	Discordo	45	19,3	2	3,8	47	16,4	
	Indiferente	23	9,9	5	9,4	28	9,8	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	197	73,5	13	76,5	210	73,7	0,311
	Discordo	43	16,0	4	23,5	47	16,5	
	Indiferente	28	10,4	0	0,0	28	9,8	

	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	176	75,2	35	67,3	211	73,8	0,463
	Discordo	37	15,8	10	19,2	47	16,4	
	Indiferente	21	9,0	7	13,5	28	9,8	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	209	75,7	2	20,0	211	73,8	<0,001*
	Discordo	41	14,9	6	60,0	47	16,4	
	Indiferente	26	9,4	2	20,0	28	9,8	
	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	178	73,3	33	76,7	211	73,8	0,877
	Discordo	41	16,9	6	14,0	47	16,4	
	Indiferente	24	9,9	4	9,3	28	9,8	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXÃO	Concordo	103	75,2	108	72,5	211	73,8	0,382
	Discordo	24	17,5	23	15,4	47	16,4	
	Indiferente	10	7,3	18	12,1	28	9,8	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	204	74,5	7	58,3	211	73,8	0,186
	Discordo	45	16,4	2	16,7	47	16,4	
	Indiferente	25	9,1	3	25,0	28	9,8	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	195	74,7	16	64,0	211	73,8	0,263
	Discordo	40	15,3	7	28,0	47	16,	
	Indiferente	26	10,0	2	8,0%	28	9,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	204	73,6	7	77,8	211	73,8	0,571
	Discordo	45	16,2	2	22,2	47	16,4	
	Indiferente	28	10,1	0	0,0	28	9,8	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	198	75,6	13	54,2	211	73,8	0,074#
	Discordo	40	15,3	7	29,2	47	16,4	
	Indiferente	24	9,2	4	16,7	28	9,8	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	194	73,5	17	77,3	211	73,8	0,921
	Discordo	44	16,7	3	13,6	47	16,4	
	Indiferente	26	9,8	2	9,1	28	9,8	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSÃO	Concordo	199	74,3	12	66,7	211	73,8	0,757
	Discordo	43	16,0	4	22,2	47	16,4	
	Indiferente	26	9,7	2	11,1%	28	9,8	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	

SEGURANÇA	Concordo	196	74,2	14	66,7	210	73,7	0,641
	Discordo	42	15,9	5	23,8	47	16,5	
	Indiferente	26	9,8	2	9,5	28	9,8	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	188	75,2	22	62,9	210	73,7	0,035*
	Discordo	36	14,4	11	31,4	47	16,5	
	Indiferente	26	10,4	2	5,7	28	9,8	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	157	73,4	54	75,0	211	73,8	0,952
	Discordo	36	16,8	11	15,3	47	16,4	
	Indiferente	21	9,8	7	9,7	28	9,8	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	176	73,9	35	72,9	211	73,8	0,852
	Discordo	38	16,0	9	18,8	47	16,4	
	Indiferente	24	10,1	4	8,3	28	9,8	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	188	74,6	23	67,6	211	73,8	0,685
	Discordo	40	15,9	7	20,6	47	16,4	
	Indiferente	24	9,5	4	11,8	28	9,8	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	184	73,9	26	72,2	210	73,7	0,960
	Discordo	41	16,5	6	16,7	47	16,5	
	Indiferente	24	9,6	4	11,1	28	9,8	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	198	74,4	13	65,0	211	73,8	0,281
	Discordo	44	16,5	3	15,0	47	16,4	
	Indiferente	24	9,0	4	20,0	28	9,8	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	140	75,7	71	70,3	211	73,8	0,513
	Discordo	27	14,6	20	19,8	47	16,4	
	Indiferente	18	9,7	10	9,9	28	9,8	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

Verifica-se assim que existe uma associação estatística para os seguintes sentimentos: Raiva, Recusa, Mal Estar, Vergonha e Aceitação e a resposta “Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas” .

Tabela 44. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.12, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.12. Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	166	65,4	22	68,8	188	65,7	0,773
	Discordo	62	24,4	8	25,0	70	24,5	
	Indiferente	26	10,2	2	6,3	28	9,8	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	184	66,2	4	50,0	188	65,7	0,624
	Discordo	67	24,1	3	37,5	70	24,5	
	Indiferente	27	9,7	1	12,5	28	9,8	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	103	67,3	85	63,9	188	65,7	0,791
	Discordo	35	22,9	35	26,3	70	24,5	
	Indiferente	15	9,8	13	9,8	28	9,8	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	174	66,7	14	56,0	188	65,7	0,558
	Discordo	62	23,8	8	32,0	70	24,5	
	Indiferente	25	9,6	3	12,0	28	9,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	187	67,0	1	14,3	188	65,7	0,003*
	Discordo	67	24,0	3	42,9	70	24,5	
	Indiferente	25	9,0	3	42,9	28	9,8	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	128	66,0	60	65,2	188	65,7	0,912
	Discordo	48	24,7	22	23,9	70	24,5	
	Indiferente	18	9,3	10	10,9	28	9,8	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	130	69,1	58	59,2	188	65,7	0,184
	Discordo	43	22,9	27	27,6	70	24,5	
	Indiferente	15	8,0	13	13,3	28	9,8	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	154	66,1	34	64,2	188	65,7	0,117
	Discordo	60	25,8	10	18,9	70	24,5	
	Indiferente	19	8,2	9	17,0	28	9,8	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	178	66,4	9	52,9	187	65,6	0,507
	Discordo	64	23,9	6	35,3	70	24,6	
	Indiferente	26	9,7	2	11,8	28	9,8	
	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	154	65,8	34	65,4	188	65,7	0,882
	Discordo	58	24,8	12	23,1	70	24,5	
	Indiferente	22	9,4	6	11,5	28	9,8	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	183	66,3	5	50,0	188	65,7	0,091#
	Discordo	68	24,6	2	20,0	70	24,5	

	Indiferente	25	9,1	3	30,0	28	9,8	
	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	163	67,1	25	58,1	188	65,7	0,453
	Discordo	58	23,9	12	27,9	70	24,5	
	Indiferente	22	9,1	6	14,0	28	9,8	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXÃO	Concordo	87	63,5	101	67,8	188	65,7	0,443
	Discordo	38	27,7	32	21,5	70	24,5	
	Indiferente	12	8,8	16	10,7	28	9,8	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	180	65,7	8	66,7	188	65,7	0,117
	Discordo	69	25,2	1	8,3	70	24,5	
	Indiferente	25	9,1	3	25,0	28	9,8	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSSTISFAÇÃO	Concordo	175	67,0	13	52,0	188	65,7	0,146
	Discordo	63	24,1	7	28,0	70	24,5	
	Indiferente	23	8,8	5	20,0	28	9,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	184	66,4	4	44,4	188	65,7	0,338
	Discordo	66	23,8	4	44,4	70	24,5	
	Indiferente	27	9,7	1	11,1	28	9,8	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	171	65,3	17	70,8	188	65,7	0,234
	Discordo	67	25,6	3	12,5	70	24,5	
	Indiferente	24	9,2	4	16,7	28	9,8	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	171	64,8	17	77,3	188	65,7	0,441
	Discordo	67	25,4	3	13,6	70	24,5	
	Indiferente	26	9,8	2	9,1	28	9,8	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSÃO	Concordo	177	66,0	11	61,1	188	65,7	0,597
	Discordo	66	24,6	4	22,2	70	24,5	
	Indiferente	25	9,3	3	16,7	28	9,8	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	172	65,2	16	76,2	188	66,0	0,242
	Discordo	67	25,4	2	9,5	69	24,2	
	Indiferente	25	9,5	3	14,3	28	9,8	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	164	65,6	24	68,6	188	66,0	0,433
	Discordo	63	25,2	6	17,1	69	24,2	
	Indiferente	23	9,2	5	14,3	28	9,8	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	145	67,8	43	59,7	188	65,7	0,457
	Discordo	49	22,9	21	29,2	70	24,5	
	Indiferente	20	9,3	8	11,1	28	9,8	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	158	66,4	30	62,5	188	65,7	0,767
	Discordo	58	24,4	12	25,0	70	24,5	
	Indiferente	22	9,2	6	12,5	28	9,8	

	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	166	65,9	22	64,7	188	65,7	0,948
	Discordo	61	24,2	9	26,5	70	24,5	
	Indiferente	25	9,9	3	8,8	28	9,8	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	172	69,1	16	44,4	188	66,0	0,010*
	Discordo	56	22,5	13	36,1	69	24,2	
	Indiferente	21	8,4	7	19,4	28	9,8	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	175	65,8	13	65,0	188	65,7	0,214
	Discordo	67	25,2	3	15,0	70	24,5	
	Indiferente	24	9,0	4	20,0	28	9,8%	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100%	
RECEIO	Concordo	121	65,4	67	66,3	188	65,7	0,441
	Discordo	43	23,2	27	26,7	70	24,5	
	Indiferente	21	11,4	7	6,9	28	9,8	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A tabela 44 mostra a associação estatística para os seguintes sentimentos: Recusa e Estresse e a resposta “Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente”

Tabela 45. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.17, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.17. Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falasse com eles sobre o uso de drogas.		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	89	35,0	10	31,3	99	34,6	0,419
	Discordo	125	49,2	14	43,8	139	48,6	
	Indiferente	40	15,7	8	25,0	48	16,8	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	94	33,8	5	62,5	99	34,6	0,237
	Discordo	137	49,3	2	25,0	139	48,6	
	Indiferente	47	16,9	1	12,5	48	16,8	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	53	34,6	46	34,6	99	34,6	0,736
	Discordo	72	47,1	67	50,4	139	48,6	
	Indiferente	28	18,3	20	15,0	48	16,8	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	89	34,1	10	40,0	99	34,6	0,739
	Discordo	127	48,7	12	48,0	139	48,6	
	Indiferente	45	17,2	3	12,0	48	16,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	97	34,8	2	28,6	99	34,6	0,698
	Discordo	136	48,7	3	42,9	139	48,6	
	Indiferente	46	16,5	2	28,6	48	16,8	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	67	34,5	32	34,8	99	34,6	0,133
	Discordo	100	51,5	39	42,4	139	48,6	
	Indiferente	27	13,9	21	22,8	48	16,8	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	52	27,7	47	48,0	99	34,6	0,002*
	Discordo	99	52,7	40	40,8	139	48,6	
	Indiferente	37	19,7	11	11,2	48	16,8	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	81	34,8	18	34,0	99	34,6	0,427
	Discordo	116	49,8	23	43,4	139	48,6	
	Indiferente	36	15,5	12	22,6	48	16,8	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	94	35,1	5	29,4	99	34,7	0,297
	Discordo	127	47,4	11	64,7	138	48,4	
	Indiferente	47	17,5	1	5,9	48	16,8	
	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	90	38,5	9	17,3	99	34,6	0,003*
	Discordo	111	47,4	28	53,8	139	48,6	
	Indiferente	33	14,1	15	28,8	48	16,8	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	96	34,8	3	30,0	99	34,6	0,249
	Discordo	132	47,8	7	70,0	139	48,6	
	Indiferente	48	17,4	0	0,0	48	16,8	
	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	90	37,0	9	20,9	99	34,6	0,116
	Discordo	113	46,5	26	60,5	139	48,6	

	Indiferente	40	16,5	8	18,6	48	16,8	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXÃO	Concordo	53	38,7	46	30,9	99	34,6	0,340
	Discordo	61	44,5	78	52,3	139	48,6	
	Indiferente	23	16,8	25	16,8	48	16,8	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	97	35,4	2	16,7	99	34,6	0,367
	Discordo	131	47,8	8	66,7	139	48,6	
	Indiferente	46	16,8	2	16,7	48	16,8	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	87	33,3	12	48,0	99	34,6	0,332
	Discordo	129	49,4	10	40,0	139	48,6	
	Indiferente	45	17,2	3	12,0	48	16,8	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	94	33,9	5	55,6	99	34,6	0,406
	Discordo	136	49,1	3	33,3	139	48,6	
	Indiferente	47	17,0	1	11,1	48	16,8	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	91	34,7	8	33,3	99	34,6	0,515
	Discordo	129	49,2	10	41,7	139	48,6	
	Indiferente	42	16,0	6	25,0	48	16,8	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	93	35,2	6	27,3	99	34,6	0,591
	Discordo	126	47,7	13	59,1	139	48,6	
	Indiferente	45	17,0	3	13,6	48	16,8	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSÃO	Concordo	93	34,7	6	33,3	99	34,6	0,812
	Discordo	131	48,9	8	44,4	139	48,6	
	Indiferente	44	16,4	4	22,2	48	16,8	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	98	37,1	1	4,8	99	34,7	0,005*
	Discordo	122	46,2	17	81,0	139	48,8	
	Indiferente	44	16,7	3	14,3	47	16,5	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	87	34,8	12	34,3	99	34,7	0,915
	Discordo	121	48,4	18	51,4	139	48,8	
	Indiferente	42	16,8	5	14,3	47	16,5	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	73	34,1	26	36,1	99	34,6	0,447
	Discordo	108	50,5	31	43,1	139	48,6	
	Indiferente	33	15,4	15	20,8	48	16,8	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	84	35,3	15	31,3	99	34,6	0,117
	Discordo	110	46,2	29	60,4	139	48,6	
	Indiferente	44	18,5	4	8,3	48	16,8	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	87	34,5	12	35,3	99	34,6	0,942
	Discordo	122	48,4	17	50,0	139	48,6	
	Indiferente	43	17,1	5	14,7	48	16,8	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	92	36,9	7	19,4	99	34,7	0,095#
	Discordo	116	46,6	23	63,9	139	48,8	
	Indiferente	41	16,5	6	16,7	47	16,5	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	

								100
CONTENTAMENTO	Concordo	96	36,1	3	15,0	99	34,6	0,036*
	Discordo	129	48,5	10	50,0	139	48,6	
	Indiferente	41	15,4	7	35,0	48	16,8	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	65	35,1	34	33,7	99	34,6	0,932
	Discordo	90	48,6	49	48,5	139	48,6	
	Indiferente	30	16,2	18	17,8	48	16,8	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A tabela 45 mostra que existe uma associação estatística para os seguintes sentimentos: Desconforto, Satisfação, Contentamento e Segurança e a resposta “Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falasse com eles sobre o uso de drogas”.

Tabela 46. - Comparação entre todos sentimentos e a variável Q22, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.22. Eu me sinto confortável quando trabalho com dependentes de drogas		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	49	19,3	22	68,8	71	24,8	<0,001*
	Discordo	117	46,1	5	15,6	122	42,7	
	Indiferente	88	34,6	5	15,6	93	32,5	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	67	24,1	4	50,0	71	24,8	0,141
	Discordo	121	43,5	1	12,5	122	42,7	
	Indiferente	90	32,4	3	37,5	93	32,5	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	44	28,8	27	20,3	71	24,8	0,133
	Discordo	66	43,1	56	42,1	122	42,7	
	Indiferente	43	28,1	50	37,6	93	32,5	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	68	26,1	3	12,0	71	24,8	0,027*
	Discordo	114	43,7	8	32,0	122	42,7	
	Indiferente	79	30,3	14	56,0	93	32,5	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	69	24,7	2	28,6	71	24,8	0,737
	Discordo	120	43,0	2	28,6	122	42,7	
	Indiferente	90	32,3	3	42,9	93	32,5	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	48	24,7	23	25,0	71	24,8	0,226
	Discordo	77	39,7	45	48,9	122	42,7	
	Indiferente	69	35,6	24	26,1	93	32,5	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	55	29,3	16	16,3	71	24,8	0,043*
	Discordo	73	38,8	49	50,0	122	42,7	
	Indiferente	60	31,9	33	33,7	93	32,5	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	61	26,2	10	18,9	71	24,8	0,075#
	Discordo	92	39,5	30	56,6	122	42,7	
	Indiferente	80	34,3	13	24,5	93	32,5	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	59	22,0	12	70,6	71	24,9	<0,001*
	Discordo	119	44,4	3	17,6	122	42,8	
	Indiferente	90	33,6	2	11,8	92	32,3	
	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	51	21,8	20	38,5	71	24,8	0,042*
	Discordo	104	44,4	18	34,6	122	42,7	

	Indiferente	79	33,8	14	26,9	93	32,5	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	68	24,6	3	30,0	71	24,8	0,690
	Discordo	117	42,4	5	50,0	122	42,7	
	Indiferente	91	33,0	2	20,0	93	32,5	
	Total	276	96,5	10	3,5%	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	63	25,9	8	18,6	71	24,8	0,018*
	Discordo	109	44,9	13	30,2	122	42,7	
	Indiferente	71	29,2	22	51,2	93	32,5	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXAO	Concordo	35	25,5	36	24,2	71	24,8	0,356
	Discordo	63	46,0	59	39,6	122	42,7	
	Indiferente	39	28,5	54	36,2	93	32,5	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	66	24,1	5	41,7	71	24,8	0,309
	Discordo	119	43,4	3	25,0	122	42,7	
	Indiferente	89	32,5	4	33,3	93	32,5	
	Total	274	95,8	12	4,2%	286	100	
INSSATISFAÇÃO	Concordo	67	25,7	4	16,0	71	24,8	0,491
	Discordo	109	41,8	13	52,0	122	42,7	
	Indiferente	85	32,6	8	32,0	93	32,5	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	67	24,2	4	44,4	71	24,8	0,252
	Discordo	118	42,6	4	44,4	122	42,7	
	Indiferente	92	33,2	1	11,1	93	32,5	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	60	22,9	11	45,8	71	24,8	0,023*
	Discordo	117	44,7	5	20,8	122	42,7	
	Indiferente	85	32,4	8	33,3	93	32,5	
	Total	262	91,6	24	8,4%	286	100	
FELICIDADE	Concordo	58	22,0	13	59,1	71	24,8	<0,001*
	Discordo	120	45,5	2	9,1	122	42,7	
	Indiferente	86	32,6	7	31,8	93	32,5	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSAO	Concordo	67	25,0	4	22,2	71	24,8	0,215
	Discordo	111	41,4	11	61,1	122	42,7	
	Indiferente	90	33,6	3	16,7	93	32,5	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	62	23,5	9	42,9	71	24,9	0,006*
	Discordo	119	45,1	2	9,5	121	42,5	
	Indiferente	83	31,4	10	47,6	93	32,6	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	58	23,2	13	37,1	71	24,9	0,168
	Discordo	108	43,2	14	40,0	122	42,8	

	Indiferente	84	33,6	8	22,9	92	32,3	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	52	24,3	19	26,4	71	24,8	0,433
	Discordo	88	41,1	34	47,2	122	42,7	
	Indiferente	74	34,6	19	26,4	93	32,5	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	52	21,8	19	39,6	71	24,8	0,034*
	Discordo	106	44,5	16	33,3	122	42,7	
	Indiferente	80	33,6	13	27,1	93	32,5	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	61	24,2	10	29,4	71	24,8	0,117
	Discordo	113	44,8	9	26,5	122	42,7	
	Indiferente	78	31,0	15	44,1	93	32,5	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	64	25,7	7	19,4	71	24,9	0,710
	Discordo	105	42,2	16	44,4	121	42,5	
	Indiferente	80	32,1	13	36,1	93	32,6	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	60	22,6	11	55,0	71	24,8	0,005*
	Discordo	117	44,0	5	25,0	122	42,7	
	Indiferente	89	33,5	4	20,0	93	32,5	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	51	27,6	20	19,8	71	24,8	0,297
	Discordo	78	42,2	44	43,6	122	42,7	
	Indiferente	56	30,3	37	36,6	93	32,5	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A Tabela 46 mostra que há uma relação estatística significativa entre a resposta “Eu me sinto confortável quando trabalho com dependentes de drogas” com os sentimentos: Bem Estar, Desconforto, Alegria, Satisfação, Nervosismo, Ansiedade, Contentamento, Conforto, Felicidade, Segurança e Curiosidade.

Tabela 47. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.27, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.27. Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas.	Não		Sim		Total		p-valor	
	Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%		
BEM ESTAR	Concordo	94	37,0	28	87,5	122	42,7	<0,001*
	Discordo	94	37,0	3	9,4	97	33,9	
	Indiferente	66	26,0	1	3,1	67	23,4	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	116	41,7	6	75,0	122	42,7	0,090#
	Discordo	97	34,9	0	0,0	97	33,9	
	Indiferente	65	23,4	2	25,0	67	23,4	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	71	46,4	51	38,3	122	42,7	0,283
	Discordo	51	33,3	46	34,6	97	33,9	
	Indiferente	31	20,3	36	27,1	67	23,4	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	110	42,1	12	48,0	122	42,7	0,791
	Discordo	90	34,5	7	28,0	97	33,9	
	Indiferente	61	23,4	6	24,0	67	23,4	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	118	42,3	4	57,1	122	42,7	0,716
	Discordo	95	34,1	2	28,6	97	33,9	
	Indiferente	66	23,7	1	14,3	67	23,4	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	86	44,3	36	39,1	122	42,7	0,020*
	Discordo	56	28,9	41	44,6	97	33,9	
	Indiferente	52	26,8	15	16,3	67	23,4	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	94	50,0	28	28,6	122	42,7	0,001*
	Discordo	60	31,9	37	37,8	97	33,9	
	Indiferente	34	18,1	33	33,7	67	23,4	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	102	43,8	20	37,7	122	42,7	0,433
	Discordo	75	32,2	22	41,5	97	33,9	
	Indiferente	56	24,0	11	20,8	67	23,4	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	109	40,7	12	70,6	121	42,5	0,021*
	Discordo	92	34,3	5	29,4	97	34,0	
	Indiferente	67	25,0	0	0,0%	67	23,5	
	Total	268	94,0	17	6,0%	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	93	39,7	29	55,8	122	42,7	0,086#
	Discordo	85	36,3	12	23,1	97	33,9	
	Indiferente	56	23,9	11	21,2	67	23,4	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	114	41,3	8	80,0	122	42,7	0,041*
	Discordo	95	34,4	2	20,0	97	33,9	
	Indiferente	67	24,3	0	0,0	67	23,4	

	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	103	42,4	19	44,2	122	42,7	0,606
	Discordo	85	35,0	12	27,9	97	33,9	
	Indiferente	55	22,6	12	27,9	67	23,4	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXAO	Concordo	58	42,3	64	43,0	122	42,7	0,395
	Discordo	51	37,2	46	30,9	97	33,9	
	Indiferente	28	20,4	39	26,2	67	23,4	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFERENÇA	Concordo	116	42,3	6	50,0	122	42,7	0,792
	Discordo	94	34,3	3	25,0	97	33,9	
	Indiferente	64	23,4	3	25,0	67	23,4	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	112	42,9	10	40,0	122	42,7	0,852
	Discordo	89	34,1	8	32,0	97	33,9	
	Indiferente	60	23,0	7	28,0	67	23,4	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	117	42,2	5	55,6	122	42,7	0,617
	Discordo	94	33,9	3	33,3	97	33,9	
	Indiferente	66	23,8	1	11,1	67	23,4	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	108	41,2	14	58,3	122	42,7	0,221
	Discordo	90	34,4	7	29,2	97	33,9	
	Indiferente	64	24,4	3	12,5	67	23,4	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	108	40,9	14	63,6	122	42,7	0,107
	Discordo	93	35,2	4	18,2	97	33,9	
	Indiferente	63	23,9	4	18,2	67	23,4	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFIANÇA	Concordo	118	44,0	4	22,2	122	42,7	0,002*
	Discordo	84	31,3	13	72,2	97	33,9	
	Indiferente	66	24,6	1	5,6	67	23,4	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	111	42,0	11	52,4	122	42,8	0,553
	Discordo	92	34,8	5	23,8	97	34,0	
	Indiferente	61	23,1	5	23,8	66	23,2	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	100	40,0	21	60,0	121	42,5	0,034*
	Discordo	86	34,4	11	31,4	97	34,0	
	Indiferente	64	25,6	3	8,6	67	23,5	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	91	42,5	31	43,1	122	42,7	0,109
	Discordo	67	31,3	30	41,7	97	33,9	
	Indiferente	56	26,2	11	15,3	67	23,4	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	97	40,8	25	52,1	122	42,7	0,339
	Discordo	84	35,3	13	27,1	97	33,9	
	Indiferente	57	23,9	10	20,8	67	23,4	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	104	41,3	18	52,9	122	42,7	0,419

	Discordo	87	34,5	10	29,4	97	33,9	
	Indiferente	61	24,2	6	17,6	67	23,4	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	107	43,0	15	41,7	122	42,8	0,482
	Discordo	87	34,9	10	27,8	97	34,0	
	Indiferente	55	22,1	11	30,6	66	23,2	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	109	41,0	13	65,0	122	42,7	0,046*
	Discordo	95	35,7	2	10,0	97	33,9	
	Indiferente	62	23,3	5	25,0	67	23,4	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	79	42,7	43	42,6	122	42,7	0,973
	Discordo	62	33,5	35	34,7	97	33,9	
	Indiferente	44	23,8	23	22,8	67	23,4	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A Tabela 47 evidenciou a associação estatística da resposta “ Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas” para os seguintes sentimentos: Bem Estar, Medo, Desconforto, Alegria, Vergonha, Contentamento, Confusão e Aceitação.

Tabela 48. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.28, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.28.Embora eu possa ajudar o dependente de drogas, ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento.		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	138	54,3	17	53,1	155	54,2	0,969
	Discordo	82	32,3	11	34,4	93	32,5	
	Indiferente	34	13,4	4	12,5	38	13,3	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	150	54,0	5	62,5	155	54,2	0,882
	Discordo	91	32,7	2	25,0	93	32,5	
	Indiferente	37	13,3	1	12,5	38	13,3	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	87	56,9	68	51,1	155	54,2	0,623
	Discordo	47	30,7	46	34,6	93	32,5	
	Indiferente	19	12,4	19	14,3	38	13,3	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	142	54,4	13	52,0	155	54,2	0,915
	Discordo	85	32,6	8	32,0	93	32,5	
	Indiferente	34	13,0	4	16,0	38	13,3	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	152	54,5	3	42,9	155	54,2	0,814
	Discordo	90	32,3	3	42,9	93	32,5	
	Indiferente	37	13,3	1	14,3	38	13,3	
	Total	279	97,6	7	2,4%	286	100	
MEDO	Concordo	107	55,2	48	52,2	155	54,2	0,269
	Discordo	58	29,9	35	38,0	93	32,5	
	Indiferente	29	14,9	9	9,8%	38	13,3	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	100	53,2	55	56,1	155	54,2	0,878
	Discordo	62	33,0	31	31,6	93	32,5	
	Indiferente	26	13,8	12	12,2	38	13,3	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	127	54,5	28	52,8	155	54,2	0,805
	Discordo	74	31,8	19	35,8	93	32,5	
	Indiferente	32	13,7	6	11,3	38	13,3	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	141	52,6	14	82,4	155	54,4	0,058#
	Discordo	90	33,6	2	11,8	92	32,3	
	Indiferente	37	13,8	1	5,9	38	13,3	
	Total	268	94,0	17	6,0	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	133	56,8	22	42,3	155	54,2	0,085#
	Discordo	74	31,6	19	36,5	93	32,5	
	Indiferente	27	11,5	11	21,2	38	13,3	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	149	54,0	6	60,0	155	54,2	0,919

	Discordo	90	32,6	3	30,0	93	32,5	
	Indiferente	37	13,4	1	10,0	38	13,3	
	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	129	53,1	26	60,5	155	54,2	0,171
	Discordo	84	34,6	9	20,9	93	32,5	
	Indiferente	30	12,3	8	18,6	38	13,3	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXAO	Concordo	74	54,0	81	54,4	155	54,2	0,450
	Discordo	48	35,0	45	30,2	93	32,5	
	Indiferente	15	10,9	23	15,4	38	13,3	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIFEREÇA	Concordo	150	54,7	5	41,7	155	54,2	0,673
	Discordo	88	32,1	5	41,7	93	32,5	
	Indiferente	36	13,1	2	16,7	38	13,3	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	140	53,6	15	60,0	155	54,2	0,688
	Discordo	85	32,6	8	32,0	93	32,5	
	Indiferente	36	13,8	2	8,0	38	13,3	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	150	54,2	5	55,6	155	54,2	0,981
	Discordo	90	32,5	3	33,3	93	32,5	
	Indiferente	37	13,4	1	11,1	38	13,3	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	143	54,6	12	50,0	155	54,2	0,197
	Discordo	87	33,2	6	25,0	93	32,5	
	Indiferente	32	12,2	6	25,0	38	13,3	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	144	54,5	11	50,0	155	54,2	0,391
	Discordo	87	33,0	6	27,3	93	32,5	
	Indiferente	33	12,5	5	22,7	38	13,3	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSAO	Concordo	144	53,7	11	61,1	155	54,2	0,831
	Discordo	88	32,8	5	27,8	93	32,5	
	Indiferente	36	13,4	2	11,1	38	13,3	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	143	54,2	11	52,4	154	54,0	0,073#
	Discordo	89	33,7	4	19,0	93	32,6	
	Indiferente	32	12,1	6	28,6	38	13,3	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	135	54,0	19	54,3	154	54,0	0,384
	Discordo	84	33,6	9	25,7	93	32,6	
	Indiferente	31	12,4	7	20,0	38	13,3	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	120	56,1	35	48,6	155	54,2	0,329
	Discordo	69	32,2	24	33,3	93	32,5	
	Indiferente	25	11,7	13	18,1	38	13,3	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	

CURIOSIDADE	Concordo	134	56,3	21	43,8	155	54,2	0,280
	Discordo	74	31,1	19	39,6	93	32,5	
	Indiferente	30	12,6	8	16,7	38	13,3	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	135	53,6	20	58,8	155	54,2	0,184
	Discordo	86	34,1	7	20,6	93	32,5	
	Indiferente	31	12,3	7	20,6	38	13,3	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	139	55,8	15	41,7	154	54,0	0,152
	Discordo	80	32,1	13	36,1	93	32,6	
	Indiferente	30	12,0	8	22,2	38	13,3	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	146	54,9	9	45,0	155	54,2	0,001*
	Discordo	90	33,8	3	15,0	93	32,5	
	Indiferente	30	11,3	8	40,0	38	13,3	
	Total	266	93,0	20	7,0%	286	100	
RECEIO	Concordo	105	56,8	50	49,5	155	54,2	0,445
	Discordo	58	31,4	35	34,7	93	32,5	
	Indiferente	22	11,9	16	15,8	38	13,3	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A tabela 48 demonstra que há associação estatística entre a resposta “Embora eu possa ajudar dependente de drogas ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento” com o sentimento de contentamento.

Tabela 49. Comparação entre todos sentimentos e a variável Q.30, segundo os profissionais de saúde do PSF, Araçatuba-SP (n=286).

Q.30. O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.		Não		Sim		Total		p-valor
		Qtde	%	Qtde	%	Qtde	%	
BEM ESTAR	Concordo	86	33,9	12	37,5	98	34,3	0,554
	Discordo	104	40,9	10	31,3	114	39,9	
	Indiferente	64	25,2	10	31,3	74	25,9	
	Total	254	88,8	32	11,2	286	100	
RAIVA	Concordo	94	33,8	4	50,0	98	34,3	0,230
	Discordo	110	39,6	4	50,0	114	39,9	
	Indiferente	74	26,6	0	0,0	74	25,9	
	Total	278	97,2	8	2,8	286	100	
TRISTEZA	Concordo	46	30,1	52	39,1	98	34,3	0,276
	Discordo	65	42,5	49	36,8	114	39,9	
	Indiferente	42	27,5	32	24,1	74	25,9	
	Total	153	53,5	133	46,5	286	100	
NERVOSISMO	Concordo	89	34,1	9	36,0	98	34,3	0,215
	Discordo	101	38,7	13	52,0	114	39,9	
	Indiferente	71	27,2	3	12,0	74	25,9	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
RECUSA	Concordo	95	34,1	3	42,9	98	34,3	0,817
	Discordo	112	40,1	2	28,6	114	39,9	
	Indiferente	72	25,8	2	28,6	74	25,9	
	Total	279	97,6	7	2,4	286	100	
MEDO	Concordo	70	36,1	28	30,4	98	34,3	0,642
	Discordo	75	38,7	39	42,4	114	39,9	
	Indiferente	49	25,3	25	27,2	74	25,9	
	Total	194	67,8	92	32,2	286	100	
DESCONFORTO	Concordo	63	33,5	35	35,7	98	34,3	0,389
	Discordo	80	42,6	34	34,7	114	39,9	
	Indiferente	45	23,9	29	29,6	74	25,9	
	Total	188	65,7	98	34,3	286	100	
MAL ESTAR	Concordo	80	34,3	18	34,0	98	34,3	0,791
	Discordo	91	39,1	23	43,4	114	39,9	
	Indiferente	62	26,6	12	22,6	74	25,9	
	Total	233	81,5	53	18,5	286	100	
ALEGRIA	Concordo	89	33,2	8	47,1	97	34,0	0,476
	Discordo	108	40,3	6	35,3	114	40,0	
	Indiferente	71	26,5	3	17,6	74	26,0	
	Total	268	94,0	17	6,0%	285	100	
SATISFAÇÃO	Concordo	86	36,8	12	23,1	98	34,3	0,006*
	Discordo	83	35,5	31	59,6	114	39,9	
	Indiferente	65	27,8	9	17,3	74	25,9	
	Total	234	81,8	52	18,2	286	100	
VERGONHA	Concordo	93	33,7	5	50,0	98	34,3	0,415
	Discordo	110	39,9	4	40,0	114	39,9	
	Indiferente	73	26,4	1	10,0	74	25,9	

	Total	276	96,5	10	3,5	286	100	
ANSIEDADE	Concordo	85	35,0	13	30,2	98	34,3	0,548
	Discordo	98	40,3	16	37,2	114	39,9	
	Indiferente	60	24,7	14	32,6	74	25,9	
	Total	243	85,0	43	15,0	286	100	
COMPAIXÃO	Concordo	49	35,8	49	32,9	98	34,3	0,039*
	Discordo	45	32,8	69	46,3	114	39,9	
	Indiferente	43	31,4	31	20,8	74	25,9	
	Total	137	47,9	149	52,1	286	100	
INDIGNAÇÃO	Concordo	92	33,6	6	50,0	98	34,3	0,239
	Discordo	112	40,9	2	16,7	114	39,9	
	Indiferente	70	25,5	4	33,3	74	25,9	
	Total	274	95,8	12	4,2	286	100	
INSATISFAÇÃO	Concordo	90	34,5	8	32,0	98	34,3	0,352
	Discordo	101	38,7	13	52,0	114	39,9	
	Indiferente	70	26,8	4	16,0	74	25,9	
	Total	261	91,3	25	8,7	286	100	
TEDIO	Concordo	94	33,9	4	44,4	98	34,3	0,573
	Discordo	110	39,7	4	44,4	114	39,9	
	Indiferente	73	26,4	1	11,1	74	25,9	
	Total	277	96,9	9	3,1	286	100	
CONFORTO	Concordo	87	33,2	11	45,8	98	34,3	0,410
	Discordo	107	40,8	7	29,2	114	39,9	
	Indiferente	68	26,0	6	25,0	74	25,9	
	Total	262	91,6	24	8,4	286	100	
FELICIDADE	Concordo	88	33,3	10	45,5	98	34,3	0,509
	Discordo	107	40,5	7	31,8	114	39,9	
	Indiferente	69	26,1	5	22,7	74	25,9	
	Total	264	92,3	22	7,7	286	100	
CONFUSAO	Concordo	91	34,0	7	38,9	98	34,3	0,112
	Discordo	104	38,8	10	55,6	114	39,9	
	Indiferente	73	27,2	1	5,6	74	25,9	
	Total	268	93,7	18	6,3	286	100	
SEGURANÇA	Concordo	87	33,0	11	52,4	98	34,4	0,049*
	Discordo	105	39,8	9	42,9	114	40,0	
	Indiferente	72	27,3	1	4,8	73	25,6	
	Total	264	92,6	21	7,4	285	100	
ACEITAÇÃO	Concordo	79	31,6	19	54,3	98	34,4	0,030*
	Discordo	103	41,2	10	28,6	113	39,6	
	Indiferente	68	27,2	6	17,1	74	26,0	
	Total	250	87,7	35	12,3	285	100	
INSEGURANÇA	Concordo	73	34,1	25	34,7	98	34,3	0,688
	Discordo	88	41,1	26	36,1	114	39,9	
	Indiferente	53	24,8	21	29,2	74	25,9	
	Total	214	74,8	72	25,2	286	100	
CURIOSIDADE	Concordo	81	34,0	17	35,4	98	34,3	0,980
	Discordo	95	39,9	19	39,6	114	39,9	
	Indiferente	62	26,1	12	25,0	74	25,9	
	Total	238	83,2	48	16,8	286	100	
TRANQUILIDADE	Concordo	83	32,9	15	44,1	98	34,3	0,227

	Discordo	100	39,7	14	41,2	114	39,9	
	Indiferente	69	27,4	5	14,7	74	25,9	
	Total	252	88,1	34	11,9	286	100	
ESTRESSE	Concordo	88	35,3	10	27,8	98	34,4	0,624
	Discordo	99	39,8	15	41,7	114	40,0	
	Indiferente	62	24,9	11	30,6	73	25,6	
	Total	249	87,4	36	12,6	285	100	
CONTENTAMENTO	Concordo	88	33,1	10	50,0	98	34,3	0,253
	Discordo	109	41,0	5	25,0	114	39,9	
	Indiferente	69	25,9	5	25,0	74	25,9	
	Total	266	93,0	20	7,0	286	100	
RECEIO	Concordo	59	31,9	39	38,6	98	34,3	0,392
	Discordo	74	40,0	40	39,6	114	39,9	
	Indiferente	52	28,1	22	21,8	74	25,9	
	Total	185	64,7	101	35,3	286	100	

A Tabela 49 apresenta a relação estatística significativa da variável “O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente” com todos os sentimentos para os seguintes sentimentos: Satisfação, Compaixão, Segurança e Aceitação.

6 DISCUSSÃO

6.1. Parte I: Variáveis sócio-demográficas dos profissionais de saúde do PSF.

A caracterização sócio-demográfica dos profissionais do PSF é composta em sua maioria por profissionais do sexo feminino, escolaridade sem formação em nível superior, comparada com os profissionais do sexo masculino, que se apresentaram com formação em nível superior ($p < 0,05$).

Este resultado mostra que a escolaridade contribui na aquisição de conhecimentos, pois a vida profissional tanto na escola quanto em serviço permite maiores possibilidades de aprimoramento na área de conhecimento científico. A diferença significativa entre idade e escolaridade (34,72 vs 38,87 $p < 0,05$) era esperada, devido ao tempo necessário para a formação do profissional. Quanto à idade, os profissionais de nível não superior são mais jovens quando comparados com os do nível superior, isso pode ser um dos indicadores para a ampliação de possibilidades para oferecer aprendizado na área de drogas.

Em relação à atuação profissional, a equipe do PSF é composta em sua maioria por agentes comunitários, o que reforça a característica de predominância do pertencer ao sexo feminino e nível de escolaridade não superior; pois de acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2001) a equipe básica para o PSF é de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; sendo que, quanto à escolaridade, é exigido que os mesmos sejam alfabetizados e que residam na área onde a equipe irá atuar.

O tempo de atuação dos profissionais do PSF em média é de três anos (entre um a cinco anos) tempo, em que o PSF está implantado no município de Araçatuba.

6.2. Parte II: Substâncias consideradas drogas de abuso segundo os profissionais do PSF.

Todas as substâncias psicoativas foram consideradas drogas de abuso, porém as substâncias que apareceram como quase unanimidade (91,1% a 91,6%) foram a cocaína, a maconha e o crack. Isso pode ser indicativo de que os profissionais do PSF consideram mais fortemente enquanto drogas de abuso as substâncias que são ilícitas e de pouca aceitação social, geralmente ligada ao narcotráfico; diferentemente da bebida alcoólica que por ser uma substância de consumo legal apresenta maior permissividade por parte da sociedade, muitas vezes reconhecida como drogas de abuso, porém sem muita “periculosidade no uso”.

Ainda, em relação às substâncias consideradas drogas de abuso verificou-se que existiram diferenças significativas entre os dois níveis de escolaridade, onde o grupo com escolaridade “nível superior” reconheceu em maior número todas as substâncias listadas, comparados ao grupo sem escolaridade em nível superior. A única exceção foi quanto à bebida alcoólica, onde não houve diferença na amostra.

Isso nos leva pensar que os profissionais com escolaridade em nível superior apresentam maior familiaridade com classificação das drogas e seus nomes; a ação de algumas drogas no organismo. Ao contrário da bebida alcoólica que foi reconhecida de maneira homogênea entre os dois grupos, pois possivelmente, por ser uma substância amplamente conhecida pelo senso comum, muita apresentada pela mídia e presente em quase todos os grupos sociais.

6.3. Parte III: A assistência realizada avaliada pelos profissionais do PSF.

Na avaliação da assistência aos usuários de drogas os profissionais do PSF percebem que os problemas relacionados ao abuso e à dependência de drogas estão presentes entre os agravos à saúde (61,5%), e ainda 89% consideram muito importante assistir esses pacientes, com diferença estatística significativa para o nível superior. Pois, estes percebem-nos entre agravos (4,94 vs 6,09 p.0.001) de saúde e os consideram importante (7,04 vs 7,92 p. 0.010), comparados com o nível não superior.

Essa constatação também foi encontrada nos estudos de Secker; Pidd e Parham (1999) que realizaram um estudo com 30 enfermeiras em Londres, constatando que a atenção primária à saúde tem um papel importante entre os pacientes com transtornos mentais, principalmente com o aumento da demanda na busca por esse tipo de assistência nos serviços; porém, de acordo com os mesmos autores, tem sido dada pouca atenção para o treinamento e capacitação dos enfermeiros que atuam nesses serviços.

Averigua-se que foram encontradas diferenças nas médias entre os grupos para as variáveis:

P.3. Você percebe que os problemas do abuso / dependência de drogas tem sido inserido entre os agravos à saúde no PSF?

P.5. Qual a importância da assistência aos usuários de drogas inseridas no PSF?

Em ambos, os testes estatísticos avaliando a diferença entre os grupos, os profissionais com escolaridade “nível superior” possui média maior, ou seja, percebem mais os problemas de drogas entre os agravos à saúde do PSF e a importância da assistência estar inserida no programa.

Na revisão de literatura, os problemas relacionados ao abuso e dependência das drogas é um problema de saúde que deve ser avaliado e tratado de acordo com Edwards (1999) e Laranjeira (1996). Os aspectos biopsicossociais que caracterizam o abuso e a dependência, fazem com que o paciente necessite de atendimento. Este fato caracteriza a necessidade de que todos os profissionais do PSF independente de sua formação acadêmica, tenham conhecimentos necessários e habilidades para realizar os cuidados adequados para esta especificidade.

Porém, as dificuldades percebidas pelos profissionais do PSF são consideráveis (69,2%), e no tocante à assistência realizada os profissionais do PSF (64%) percebem que pouco têm ajudado estes pacientes, e que os mesmos se beneficiam pouco da assistência oferecida (69%). Uma possibilidade para a compreensão destes dados refere-se ao relatado por Rassol (2005); Samet, O'connor, Stein (1997) para quem a maioria dos problemas relacionados ao uso de drogas é pouco detectada na ocasião em que os pacientes buscam assistência de saúde na atenção primária, ou quando o fazem, estes relutam em dar continuidade ao tratamento. Outro dado que corrobora a colocação feita é, apresentado por Aalto, Pekuri, Seppä. (2000), e se refere à dificuldade no manejo e na abordagem dos usuários de drogas pelos profissionais de saúde da atenção primária.

6.4. Parte IV: Sentimentos ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas de acordo com os profissionais de saúde do PSF.

Avaliando os sentimentos de maior frequência frente aos usuários de drogas, encontramos a compaixão e a tristeza em quase metade dos profissionais de saúde. Nesse sentido, Assunção (2000) avaliou esses sentimentos entre enfermeiros e coloca que o profissional está procurando redimir-se do seu pouco conhecimento sobre o problema de saúde, por outro lado está reforçando com a condição de incapacidade do paciente de superar suas dificuldades e sentir-se responsável por participar do seu tratamento e buscar recuperação.

6.5. Parte V. Discussão da Escala de Atitudes.

6.5.1 Os Escores da Escala de Atitudes e os sentimentos associados

As atitudes dos profissionais do PSF foram positivas em relação ao uso e aos usuários de drogas de forma geral, na análise dos cinco escores da escala de atitudes. Tal achado pode ser considerado positivo pressupondo-se que esteja havendo uma melhora geral das atitudes dos profissionais de saúde frente ao usuário de drogas, mas, em contrapartida, Silva (2005), observa que outra hipótese a ser considerada é o atendimento do dependente de álcool por exemplo, ser tão desprovida de suporte na Rede Primária que o grupo, por motivos diversos, tem pouco contato com usuários e dependentes, não desenvolvendo atitudes negativas pelo simples fato de não viver a dificuldade de tratamento.

Os sentimentos de ansiedade e vergonha estão associados às atitudes referentes ao tratamento vs punição do usuário de drogas. A relação entre o sentimento de vergonha pode ser explicada no sentido de que embora os profissionais de saúde tenham atitudes positivas e considerando o uso nocivo/dependência de drogas como uma doença que deve ser tratada, estes profissionais de saúde, ainda não estejam despidos totalmente da questão moral, o que foi encontrado em estudos de avaliação de atitudes de enfermeiros (Pillon, 2003, Vargas 2005).

E para o sentimento de ansiedade, tal fato pode ter ocorrido por influência de outros fatores que não sejam de caráter moral, mas nas habilidades práticas em, como manejar o tratamento destes pacientes, seja na abordagem ou nos encaminhamentos a outros serviços, uma vez que os profissionais não aptos a oferecer essa assistência podem estar vivenciando a ansiedade como um mecanismo pessoal de enfrentamento dessas situações.

Os sentimentos de felicidade, aceitação, bem e mal estar, conforto e desconforto, medo, estresse, contentamento e segurança estão relacionados com a satisfação pessoal/profissional em trabalhar com usuários de drogas no PSF. Os sentimentos avaliados positivamente estão presentes nos profissionais em ambos os grupos de escolaridade, porém com média estatisticamente maior para os profissionais com nível superior.

Analisando os sentimentos positivos, como a aceitação, o conforto, segurança, o contentamento, a felicidade e o bem estar, pensa-se na quantidade/qualidade de informações que o nível superior adquiriu durante sua formação educacional de alguma forma pode contribuir na assistência aos usuários de drogas.

Os sentimentos negativos, como o medo, mal estar, desconforto e o estresse podem ser também fatores relacionados às falácias do tratamento envolvendo as dificuldades na assistência e na abordagem frente aos usuários de drogas, uma vez que seja esperada uma intervenção assertiva.

Os sentimentos divididos em positivos e negativos citados ressaltam a presença da ambivalência dos profissionais do PSF em relação aos usuários de drogas fato já observado em outros estudos sobre atitudes (Pillon 1998, Pillon 2003, Vargas 2001, Reyes 2004, Vargas 2005,), o que torna mais difícil a possibilidade de oferecer uma assistência.

Quanto as Habilidades Profissionais em lidar com o usuário de drogas, os sentimentos positivos associados foram: conforto, segurança, contentamento, satisfação, alegria; por outro lado, também se relaciona com os sentimentos negativos de medo, estresse e insegurança.

Pode-se perceber que os tanto os sentimentos considerados “positivos” quanto os “negativos” se inter-relacionam; pois o profissional que se sente seguro e confortável ao desenvolver o seu trabalho, certamente ficará satisfeito consigo e isso lhe trará provavelmente contentamento e alegria. Porém, caso o profissional não apresente atitudes positivas quanto às suas habilidades profissionais ao lidar com o usuário de drogas, provavelmente se sentirá inseguro ao lidar com esta questão, e por isso, ao se deparar com algum caso, naturalmente, os sentimentos gerados serão de medo e estresse, devido à tensão emocional que a falta de habilidade pode causar.

Para imaginar uma transformação nesse cenário, é interessante a opinião de Saturnino de La Torre (2002), colocando que o primeiro passo para o aprendizado é a consciência de que não se sabe, sendo talvez esse o primeiro passo para

mudança de conhecimentos e atitudes no que diz respeito às habilidades profissionais e ou pessoais para lidar com questões relacionadas ao uso de drogas.

Os sentimentos de segurança e satisfação, insegurança e desconforto estão relacionados às características pessoais dos usuários de drogas. Os profissionais do PSF apresentam sentimentos ambíguos em relação às características pessoais dos usuários de drogas. Corroborando os achados de outros estudos de atitude de enfermeiros, e que no presente caso se estendem a outros profissionais e não profissionais da equipe de saúde.

Avaliando a insegurança e desconforto como sentimentos negativos que são muito comuns frente aos usuários de drogas, pode-se pensar que estes sentimentos estejam envolvidos com a percepção do profissional quando na perspectiva moral do uso de drogas (o usuário de droga como uma pessoa isolada, má e muito sensível), como aponta pesquisa realizada por Vargas (2001), e os achados de Ferreira e Luis (2000) nos quais verificaram a opinião de uma equipe de enfermagem a respeito do uso e do usuário de drogas, e apontam que a equipe reconhece os mesmos como instáveis emocionalmente e sem força de vontade. Tal atitude pouco pode colaborar com a assistência prestada aos usuários de drogas, e, muitas vezes pode até mesmo dificultá-la.

No aspecto da doença, avaliando as características pessoais (biológico, psicológico e social) do paciente usuário de drogas, os sentimentos são positivos. Os profissionais sentem-se mais confortáveis, seguros e provavelmente vão tentar oferecer uma assistência de boa qualidade.

Os sentimentos de bem-estar e aceitação, desconforto estão relacionados significativamente com as atitudes pessoais do uso de drogas.

O bem estar e a aceitação podem estar relacionados às percepções do consumo pessoal do profissional, perfazendo uso não abusivo, dentro de limites toleráveis (uso moderado, ocasional), pensando principalmente nas drogas como as bebidas alcoólicas, o cigarro e os medicamentos psicotrópicos prescritos, pois dessa maneira, não ocorrem danos.

O sentimento de desconforto associado às percepções do consumo pessoal do profissional no uso de drogas (lícitas ou ilícitas) pode estar relacionado ao fato de que o consumo de drogas, e suas implicações estão relacionados a um costume reprovável em nossa sociedade, marginalizando o usuário, fazendo com que as pessoas não admitam tranquilamente que aceitam o uso de qualquer tipo de droga.

6.5.2. Diferenças de atitudes entre os dois grupos de profissionais do PSF e os sentimentos associados.

Averigua-se que existe diferença proporcional estaticamente mais elevada para o grupo de profissionais com escolaridade com nível superior comparado ao grupo de profissionais sem nível superior com relação às respostas:

Q.6. Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas.

Ao mesmo tempo, os sentimentos associados a esta resposta foram de: raiva recusa, mal estar, vergonha e aceitação.

Como esta resposta teve média significativamente maior nos profissionais com escolaridade com nível superior, pode-se deduzir que tais profissionais, pela experiência teórica, conheçam mais detalhadamente os malefícios das drogas no organismo, tendo assim, maior facilidade para reconhecê-los. Talvez por isso, a maioria dos sentimentos relacionados à resposta seja de mal estar e recusa, visto que se tem maior noção dos riscos fisiológicos ligados ao consumo de drogas, o que pode provocar um sentimento de raiva, gerado pelo fato de o profissional muitas vezes não conseguir “curar” o paciente rapidamente, ocasionado vergonha, e por fim aceitação.

Também diante dessa atitude, supõe-se que esses profissionais percebem a dependência química, que a assistência prestada deve ser baseada na abordagem biologicista, como encontrado em um estudo de Campos (2000), com uma equipe de enfermagem de um pronto-socorro geral sobre alcoolistas.

Outra resposta que também teve média estatisticamente maior no grupo de profissionais com escolaridade com nível superior foi a:

Q.28. *Embora eu possa ajudar o dependente de drogas, ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento;* e o sentimento que interfere mutuamente nessa questão é o de contentamento.

Interessante notar que, pode haver algumas interpretações possíveis para essa resposta: Primeira, mesmo que o profissional se esmere em tratar um dependente de drogas, o mesmo não é confiável o bastante para colaborar com o tratamento. Em outros estudos sobre atitudes de enfermeiros frente a pacientes alcoolistas essa percepção pode ficar evidente, como a pesquisa realizada por Reyes e Luis (2004) na qual enfermeiros concordam que a vida do alcoólatra é desagradável, e o conceituam como paciente grave e irrecuperável.

Nessa perspectiva, Walsh (1995) destaca que o prognóstico ruim propicia a idéia de que pacientes dependentes de álcool raramente se recuperam, influenciando as atitudes dos profissionais.

Porém, outras interpretações possíveis para essa atitude seriam: O profissional preocupado em ajudar o paciente reconhece que as recaídas são aceitáveis durante o tratamento; o que não desmerece todo o processo; ou: o tratamento da dependência de drogas não necessariamente pode ter como objetivo a cessação do uso, podendo estar ligado, em principio, à diminuição do uso e redução de danos. O contentamento pode estar ligado a essas questões uma vez que, se tem, ou não, muita clareza dos objetivos e limitações do tratamento.

Porém, ocorreram escores maiores para o grupo de profissionais cuja escolaridade é sem nível superior comparadas às respostas dos profissionais com nível superior, nas seguintes respostas:

Q.2. *Me sinto melhor quando trabalho com dependentes de drogas.* Na qual se verificou que possui interferência estatística com os sentimentos de bem estar, alegria, felicidade, mal estar, desconforto e estresse.

Q.22. *Eu me sinto confortável quando trabalho com dependentes de drogas;* que por sua vez apresenta associação importante com os seguintes sentimentos: bem estar, alegria, contentamento, felicidade, conforto, segurança, satisfação, curiosidade, ansiedade e nervosismo.

Tais atitudes e sentimentos relacionados com média superior no grupo de profissionais de saúde sem formação acadêmica em nível superior (portanto agentes comunitários de saúde e auxiliares e técnicos de enfermagem, em sua grande maioria) podem ser entendidos pelo fato desses profissionais estarem na linha de frente no atendimento às necessidades de saúde da comunidade da qual fazem parte, e, portanto, por conhecerem há mais tempo os pacientes com problemas relacionados ao uso de drogas e todo o ambiente que os cerca, provavelmente, podem se sentir mais à vontade no contato com esses pacientes.

Pois, com já foi colocado por Edwards (1999), maioria das pessoas com problemas decorrentes do uso de drogas entrará em contato, provavelmente, com um médico da atenção primária, um agente comunitário ou mesmo com a enfermeira, e freqüentemente discutirá seus problemas, recusando-se em princípio, a procurar uma clínica especializada, sendo que, ainda, como citado por Edwards (1999) e Laranjeira (1996) esta assistência buscada seja por causas clínicas decorrentes do uso de drogas, e não pela dependência em si.

Porém, quando analisamos mais duas atitudes e sentimentos relacionados que tiveram média estatística maior ainda para o grupo de profissionais sem

formação acadêmica em nível superior, aparentemente encontra-se uma relativa ambigüidade.

Se por um lado, houve um valor maior na atitude Q.27. *Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas* a qual interfere mutuamente com os sentimentos de bem estar, alegria, contentamento, aceitação, medo, desconforto, vergonha e confusão; por outro lado, também houve uma média maior na atitude Q.17. *Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso de drogas* que, por sua vez, é interferida, e interferem nos sentimentos de satisfação, contentamento, segurança e desconforto.

Ao se analisar a relação destas duas atitudes, supõe-se que os profissionais de saúde do PSF sem graduação em nível superior; portanto na sua grande maioria representada pelos agentes comunitários de saúde, pode sentir maior facilidade em falar sobre dependência de drogas *para pessoas que não sejam dependentes*; mas ao mesmo tempo pode apresentar certa dificuldade na comunicação relacionada à temática temendo não ser bem recebido, e conseqüentemente, deixar de ser aceito por aquela família.

Essa análise pode ser completada com as colocações de Gonçalves (2002), ao constatar que os agentes comunitários de saúde que são moradores na área de abrangência da equipe, apresentam o perfil de envolvimento e relação de confiança com a comunidade idealizada pelo Ministério da Saúde; pois de acordo com a autora, tais relações são permeadas de dificuldades objetivas (acesso, aceitação, comunicação) e subjetivas (medo, preconceitos, afetos e desafetos) envolvidas com freqüência, no problema da dependência e seus correlatos: tráfico, violência e destruição familiar, questões complexas que não podem ser tratadas como fenômenos isolados.

Outra atitude com média estatisticamente maior para o grupo desses profissionais foi:

Q.12. *Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.*

Chama a atenção para o fato de que uma atitude aparentemente positiva (afinal, ao considerar que o dependente de droga merece espaço no hospital pressupõe que o mesmo é visto como doente e deve ser tratado), esteja fortemente associada a sentimentos como recusa e estresse.

É possível explicar essa relação, pois de acordo com uma pesquisa realizada por Silva (2005), este é o grupo que relata mais atender pacientes com problemas relacionados ao consumo de drogas; porém essa citada assistência pode ser paliativa, ainda que sejam para dizer ao paciente que não se atende dependentes no serviço e encaminhá-lo, deixa uma sensação de efetividade. O problema foi resolvido de alguma maneira.

E, como o quadro de dependência química está relacionado como um tipo de transtorno psiquiátrico, e o tratamento para os mesmos foi por muito tempo hospitalocêntrico, pode fazer sentido considerar importante um lugar no hospital ao paciente com problemas relacionados ao uso de drogas.

Por fim, houve também média estatística maior para o grupo de profissionais sem escolaridade em nível superior comparado ao grupo de profissionais com escolaridade em nível superior, para a seguinte atitude:

Q.30. *O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.* Tal atitude apresentou relação estatística com os sentimentos de satisfação, compaixão, segurança e aceitação.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que, o grupo de profissionais sem nível superior, apresente sentimentos mais positivos com relação à aceitação do uso de drogas, ou que, apresente maiores dificuldades de reconhecer os limites do uso esporádico, (prejudicial e nocivo), abuso e dependência de drogas. Também não se podem excluir as diferentes interpretações de *fraqueza* que a questão coloca; pois a mesma pode ser entendida como fraqueza física, ou emocional, ou moral, ou associadas, ou todas ao mesmo tempo. Em corroboração a essa atitude, existe uma pesquisa realizada por Martins e Corrêa (2004), que buscou compreender o significado do trabalhar com substâncias psicoativas entre funcionários de enfermagem de um hospital geral e revelou que existe um receio de falar sobre o “proibido”, o que “compromete”, sendo a droga enfocada como uma possibilidade real de uso no cotidiano da equipe de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Abordar o tema das drogas no contexto do Programa Saúde da Família é, antes de tudo, um desafio. Isto porque, primeiramente, a abordagem das substâncias psicotrópicas envolve questões que vão muito além das reações neuroquímicas da ação dessas substâncias no organismo, bem como todos os seus padrões de uso, abuso e dependência.

Ao levantar questões referentes às drogas deve ser considerado todos o contexto, social, cultural, (comportamental e extremamente pessoal, pois o uso está ligado a tradições e hábitos milenares, usos e costumes, a preconceitos e estigmas, ao risco e ao prazer. O presente estudo pode ter algumas limitações nesse sentido, bem como o uso pelo próprio profissional do PSF, o que tem méritos para a exploração em outras pesquisas.

É evidente que, dentro de todo esse complexo quadro, certos padrões de uso de drogas de abuso podem se tornar extremamente prejudiciais ao ser humano e até mesmo à sociedade em que vive. Essa é uma das características, que faz com que o uso de substâncias psicotrópicas seja tema de interesse de profissionais não apenas diretamente ligados à saúde, mas de toda comunidade científica, com maior ou menor interesse dependendo do contexto e abordagem; e também seja pauta de várias políticas governamentais.

Inclui-se nessas políticas governamentais, o Sistema Único de Saúde (SUS), que por toda a sua complexidade, por si só é um outro desafio. No SUS encontra-se o Programa Saúde da Família, e qual foi instituído pelo Ministério da Saúde há cerca de uma década, e que devido a dimensão alcançada suas ações, já não é mais chamado de *programa* por parte de alguns técnicos, mas sim de *estratégia*.

O PSF surgiu para propor um modelo de atenção voltado principalmente a promoção à saúde, ao acolhimento a cada família e seus membros, e atendimento às suas necessidades; cujas bases de atuação devem ser o acolhimento, vínculo, coresponsabilidade e comprometimento não apenas profissional, mas também social da equipe.

Talvez por isso, o cotidiano de trabalho no PSF seja extremamente complexo, pois exige uma especificidade de ações que envolvem todo um conjunto de percepção não apenas epidemiológica do ambiente, mas também social, econômica, antropológica. Pois o profissional de saúde que ali atua, muitas vezes torna-se ator e agente neste processo, mas também é receptor dessas ações, visto que também pertence a esta comunidade, principalmente no caso dos profissionais agentes comunitários de saúde.

Embora, todos os profissionais de saúde tenham uma atuação previamente estabelecida pelo seu papel na equipe, e por suas atribuições; é quase impossível que, em algum momento de sua assistência, esta não seja influenciada por seus valores morais e condutas fortemente enraizados por fatores sociais e culturais estabelecidos; e também por experiências e características pessoais, sentimentos, percepções e reações (o que foi definido nesse estudo por atitude); tal fato fica bastante evidente quando se trata da assistência que envolve a questão das drogas.

Pelo fato de os profissionais do PSF considerarem que os problemas relacionados ao uso de drogas têm aumentado, e, por considerar muito importante assistir esses pacientes, parece que isso seja um indicativo de que os mesmos tenham percepção do problema em torno do consumo das substâncias psicotrópicas.

Porém, ao reconhecerem que existem dificuldades consideráveis na assistência oferecida aos usuários de drogas, e que estes se beneficiam pouco dessa assistência e isso os tem ajudado pouco, parece indicar que há necessidade urgente de mudanças nessa assistência.

Embora as atitudes dos profissionais do PSF foram consideradas positivas como um todo, é importante destacar alguns pontos: as atitudes estão fortemente associados a sentimentos que podem ser considerados “negativos” para a assistência ao usuário de drogas, como ansiedade, estresse, medo, insegurança e desconforto; bem como os sentimentos mais relacionados aos usuários de drogas serem os de compaixão e tristeza; e a noção de substâncias consideradas drogas de abuso pelos profissionais de saúde do PSF podem estar ligadas, principalmente, às substâncias de perfil ilícito, envolvidas com violência e o narcotráfico.

Tais resultados podem estar indicando que os profissionais de saúde do PSF ainda não consigam vivenciar com tranquilidade a assistência oferecida aos pacientes com problemas relacionados uso de drogas, o que pode estar gerando um relativo sentimento de impotência frente aos problemas relacionados à dependência; além disso, verifica-se que é dada menor conotação quanto ao conceito “droga” àquelas substâncias psicotrópicas, porém lícitas, como por exemplo, alguns medicamentos prescritos e o álcool; substâncias essas que, não deixam de ter menor periculosidade de uso e danos decorrentes, comparadas às drogas de abuso ilícitas.

Também é interessante perceber que os profissionais de saúde com curso de graduação, apresentam maior satisfação profissional/pessoal ao trabalhar com usuários de drogas, que reconhecem mais fortemente que os problemas relacionados ao uso de drogas vem aumentando e que é importante assistir tais

pacientes. Estes profissionais também apresentaram maior amplitude dos problemas físicos relacionados ao uso de drogas, e um prognóstico não muito positivo quanto aos usuários. Isso pode inferir que, esses profissionais percebiam o uso, abuso e dependência de drogas, numa abordagem mais “biologicista”, onde eles, provavelmente por sua formação acadêmica, conhecem melhor o *assunto* das drogas e seus potenciais riscos.

Já os profissionais de saúde do PSF sem curso de graduação, que contempla então em sua grande maioria os agentes comunitários de saúde, apresentam sentimentos e atitudes que podem demonstrar maior aceitação quanto ao uso de drogas, e quanto ao próprio usuário, porém com dificuldades na abordagem junto aos mesmos. Tal resultado pode estar muito ligado ao fato de que os agentes comunitários de saúde estão mais próximos aos usuários de drogas e a todo o contexto, além de serem a primeira pessoa de referência para assistência à saúde.

Os resultados obtidos demonstram que existe a necessidade de trazer a pauta de discussões às ações dos profissionais do PSF os assuntos relacionados ao consumo de drogas, onde cada membro da equipe, dentro de suas atribuições, possa, de alguma forma, desmistificar os conceitos que envolvem esse tema.

Por um lado, faltam aos profissionais de saúde com curso superior, subsídios para ações voltadas principalmente no tocante à prevenção ao uso de drogas, bem como todas as possibilidades de assistência que o PSF pode oferecer ao usuário de drogas; para assim, talvez, conseguirem estabelecer vínculos de empatia e aproximação junto aos usuários de drogas que vão além da intervenção clínica.

Por outro lado, os profissionais de saúde do PSF sem nível superior carecem de informações técnicas gerais que envolvam o uso, abuso e dependência de drogas. Esses profissionais, quando não realizam nenhum tipo de curso técnico

(enfermagem, consultório dentário, por exemplo), aprendem a lidar com a saúde da população através de treinamentos muitas vezes rápidos e desarticulados; fato este que nem mesmo acontece com relação à temática das drogas.

Torna-se extremamente importante a capacitação deste grupo de profissionais, pois os mesmos são os elos de ligação entre a equipe de saúde e a comunidade, estão na linha de frente da assistência, e são os que melhor conhecem a comunidade assistida.

O estudo mostrou que existem possibilidades e uma relativa motivação para o desenvolvimento do conhecimento e na forma de intervir junto aos usuários de drogas; mas ainda não tem sido significativamente suficiente para gerar efeitos objetivos no PSF de acordo com os seus próprios profissionais.

Por fim, percebe-se que há muitas questões a serem exploradas quanto às atitudes e a temática que envolve o consumo de substâncias psicotrópicas no Programa Saúdes da Família. Porém, caso os profissionais de saúde envolvidos recebam valorização e capacitação adequadas, pode-se começar a vislumbrar um horizonte positivo na assistência aos pacientes com problemas relacionados ao uso, abuso e dependência de drogas neste contexto.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS¹

AALTO,M;PEKURI,P;SEPPÄ,K.Primary health care professional' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. **Drug and Alcohol Dependence**,v.66,p.39-43.2002.

ALLPORT, G.W. Attitudes in the History of Social Psychology. In: WARREN, A;JAHODA, M.**Attitudes. Penguin Modern Psychology Reading** – Second Edition. 1973. 90p.

ALMEIDA-FILHO, N. et al. Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátricas em áreas urbanas. **Rev ABP-APAL**, n.14, p.93-104.1992.

ASSUNÇÃO,A.N. **Alcoolismo e ensino de enfermagem:convergências e divergências** entre o discurso e a prática.Pelotas: Editora Universitária/ UFPel, Florianópolis:UFSC,2000, 156p.

BRASIL.Ministério da saúde.**Programa Saúde da Família – PSF**.Brasília: Ministério da Saúde.2001.36p.

BRASIL.Ministério da Saúde.Secretaria Nacional Anti-Drogas. **I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil**.Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/obid.estatisticas>>.Acesso em 20 de jun. 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Gestão da Atenção Básica. **Saúde Mental: O Vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta n. 01/03 de 13/11/03.Brasília:Ministério da Saúde.2003b.

BRASIL.Ministério da Saúde.Departamento de Atenção Básica.**Relatório de Gestão 2001**.Brasília: Ministério da saúde.Disponível em:<<http://www.saude.gov.br/departamentoeatençãobasica/relatoriodegestão2001>>.Acesso em 24 de junho de 2003c.

¹ * De acordo com:

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS.**NBR 6023**: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL.Ministério da Saúde.**Informe Saúde**.Brasília: Ministério da Saúde, v.7,n.197,2003d.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria Executiva.Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Nacional DST/AIDS. **A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília: Ministério da Saúde.2003e.

BOTWIN, G.J. Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual level etiologic factors. **Addictive Behaviors**. v.25, n.6, p.887-897, 2000.

BUCHER,R.Drogas na sociedade. In:**Drogas, Aids e sociedade**.Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde.Coordenação-Geral do PN DST/AIDS.Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS:Brasília,1995, p.35.

CAMPOS, C.J.G. O atendimento de enfermagem ao alcoolista em pronto socorro geral: conceitos, sentimentos e práxis.In: Luis, M.A.V. organizador. **Programa e Resumos do 6 encontro de pesquisadores de saúde mental e 5 encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica**.Ribeirão Preto: FIERP/EERP/USP/FAPESP, 2000.

CAMPOS, C.E.A.O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.**Ciência &Saúde Coletiva**, v.8,n.2,p.569-584.2003.

CARLINI, E.A et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2001**. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas: Universidade Federal de São Paulo. 2002.

CUIJPERS,P;SCIPPERS,G.M.Integrating substance abuse treatment and prevention in the community. **Addictive Behaviors**. v. 27, p. 847-849. 2002.

DISHION, T. J; KAVANAGH, K. A multilevel approach to family-centeared prevention in schools: process an outcome. **Addictive Behaviors**. v.25, n.6, p.899-911.2000.

EAGLY,A.H;CHAIKEN,S. The psychology of attitudes.**HBJ Harcourt Brace Jovanovich College Publishers** .USA .1994.

EDWARDS, G. et al. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999. 198p.

FARIAS, F.L.R. et al. Cuidado de enfermagem ao dependente químico. In: LUIS, M.A.V. organizador. **Programa e Resumos do 6 encontro de pesquisadores de saúde mental e 5 encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica.**Ribeirão Preto: FIERP/EERP/USP/FAPESP.2000.

FERREIRA, O;LUIS, M.A.V. Levantamento da opinião de uma equipe de enfermagem de hospital psiquiátrico a respeito do uso e abuso de álcool e drogas e dos usuários dessas substancias. In: LUIS, M.A.V. organizador. **Programa e Resumos do 6 encontro de pesquisadores de saúde mental e 5 encontro de especialistas em enfermagem psiquiátrica:**Ribeirão Preto FIERP/EERP/USP/FAPESP,2000.

FERREIRA, P.S. **Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas.** 2004.156f.Dissertação(Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

GALDUROZ,J.C.F;NOTO,A.R;CARLINI,E.A. **I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Parte A; Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo.**São Paulo; CEBRID/UNIFESP,2000.

GONÇALVES, A.M. **Cuidados diante do abuso e da dependência de drogas: um desafio da prática do programa saúde da família.** 2002. 209f.Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

GONÇALVES, E.C. Alguns conceitos referentes à toxicomania.In: BUCHER, R. **As drogas e a vida: uma abordagem biopsicossocial.** São Paulo: EPU, 1998.105 p.

GRIFFIN, G. Drug na alcohol liasion nursing service to a general medical ward: a six-month project. **Journal of Substance Use.** v.4, p.109-116.1999.

GUILFORD, J.P.**Psychometric Methods.**New York: McGraw-Hill Book Company, 1954.2 ed.234p.

INSTITUTE OF MEDICINE.COMITEE ON OPORTUNITIES IN DRUG ABUSE RESEARCH.Division on Neuroscience and Behavioral Health. **Pahtways of Addiction: Oportunities in Drug Abuse Research.**Washington: National Academy Press,D.C.1996.

Ferreira, P. S., Luis, MAV. **Percebendo os Modelos de Tratamento Ambulatorial no Uso de Drogas**. 2000. 109f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FONSECA, J.R.; GILBERTO, A.M. **Curso de Estatística**. São Paulo: Atlas, 1996. 6ed. 320 p.

LA TORRE, S.; BARRIOS, O. **Curso de formação para educadores**. Madras; 2002.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.45, n.4, p.191-199. 1996

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N.G. Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos de Saúde da Família**. Brasília, v.1, n.1, p.89-92, 1996.

MARTINS, E. R. C., CORRÊA, A. K. Lidar com substâncias psicoativas: o significado para o trabalhador de enfermagem. **Revista Latino – americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p. 398-405, 2004, mar-abr., 2004. Número especial.

MATSUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.; PINTO, I.C. Saúde Coletiva: um desafio para enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**, v.7, p.233-241, jan-fev, 2001.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.35-42, jan./mar. 1998.

NERI FILHO, A. Preconceitos e conceitos sobre drogas. In: **Drogas, Aids e sociedade**. Ministério da Saúde. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação-Geral do PN DST/AIDS. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS: Brasília: Ministério da Saúde, 1995, p.29-30.

NOTO, A. R.; Moura, Y. G.; Nappo, S. A.; Galduróz, J. C. F.; Carlini, E. A. **Internações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999**. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. 2002; 51(2): 113-121.

NUNNALLY JR, J. **Introduction to Psychological measurement**. New York: MxGraw Hill. 1970. 225p.

O'BRIEN C. P; MC'LELLAN A.T. Myths about the treatment of addiction. **Lancet**, v.347, p.237-240.1996.

OFFORD, D. R. Selection of levels of prevention. **Addictive Behaviors**. v.25, n.6, p.833-842,2000.

OLIVEIRA, E; PILLON, S.C.Alternativas para o tratamento da síndrome de dependência alcoólica realizada por enfermeiros. **Revista O Mundo da Saúde**, v.25,n.3,p.285-294.2001.

PETTA, A. C. Texto de aula. Mimeografado. 2004.

PILLON, S.C. **O uso de álcool a educação formal dos enfermeiros**. 2003. 91f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

RAEDER,R.J.;COTRIM,B.C.Internações hospitalares no Brasil por dependência de drogas, álcool e psicoses alcoólicas, em 1988.**Revista ABP-APAL**,v.12,p.33-39.1990.

RASSOOL,G.R. Substance use and misuse one preoccupation of everybody : the responses of health care professionals. In: Luis Villar M.A. **Uso de álcool e drogas**. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. FIERP.EERP/FAPESP, 2005.

REYES N, P; LUIS, M. Atitude da enfermeira de um complexo hospitalar em relação ao paciente alcoólico **Revista Latino americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p.420-426, mar-abr. 2004.Número especial.

REGIER, D.A et al. Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse: results from Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. **JAMA** 1990; 264: 2511-2518.

SAMET J.H; O'CONNOR,P.G;STEIN,M.D.**Clínicas médicas da América do Norte: abuso de álcool e de outras drogas**. Rio de Janeiro: Interlivros.1997.9ed.327p.

SECKER,J; PIDD,F;PARHAM,A.Mental health training needs of primary health care nurses. **Journal Clinical Nursing**, v.8,p.643-652.1999.

SENNAM, M.C.M. Equidade e políticas de saúde: algumas reflexões sobre o Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, p.203-211.2002. Suplemento.

SILVA, C.J. **Impacto de um curso em diagnóstico e tratamento do uso nocivo e dependência do álcool sobre a atitude e conhecimento de profissionais da rede de atenção primária à saúde**. 2005. 190f. Tese (Doutorado)- Programa de Pós-graduação do Departamento de Psiquiatria, Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2005.

SPNCIGO, J.S; ALENCASTRE, M.BUCCHI. O enfermeiro de unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Bagaçú – SC. **Revista Latino – americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.12, p.427-432, mar-abr.2004. Número especial.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. p. 9-42.

TRAD, L.A.B.; BASTOS, A.C.S. O impacto sócio-cultural do Programa Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.2, p.426-435, abr-jun.1998.

VARGAS, D. **Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente ao paciente alcoolista**. 2001. 147f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

VARGAS, D. **A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico**. 2005. 199.f. Tese. (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VIANA A.L.M; DAL POZ, M.R. Reforma em saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família; informe final. **Estudos em Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.166, p.3-35, 1998.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.531-537.2003.

WALSH, R.A. Medical Education about alcohol: review of its role and effectiveness. **Alcohol & Alcoholism**, v.30, n.6, p.689-702.1995.

WHO. World Health Report 2001. **Ten Recommendations For Action**. Geneva: WHO; 2002.

WHO. **The World Health Report 2001 – Mental Health: New Understanding , New Hope**. Disponível em: <<http://www.who.int./whr2001>>. Acesso em 07 out 2004.

ANEXOS

ANEXO 1

Protocolo nº 0449/2004

Entrada: 28/04/04 (fora do prazo: 19/04/04)

Apreciado pelo CEP/EERP/USP em reunião ordinária de 20/05/04, caracterizado como "em pendência".

Pesquisadores: Sandra Crsitina Pillon (Orientadora)

Marcelle Aparecida de Barros (Mestranda)

Título do Projeto: Os profissionais do Programa de Saúde da Família frente ao abuso e dependência de drogas.


- PARECER -

Após análise das alterações realizadas pelas pesquisadoras, referentes ao Projeto em questão, esclareço que na Metodologia da Pesquisa foram acrescentadas informações referentes aos "procedimentos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos" e outras que permitem uma compreensão clara sobre a operacionalização do estudo.

Da mesma forma, o "Termo de Consentimento" foi reformulado, atendendo às questões sugeridas no parecer descrito à folha número 31, constante neste processo.

Pelo exposto, considero o projeto APROVADO.

Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa
da EERP/USP, na sua 65ª Reunião
Ordinária, realizada em 18 de 05 de 2004


Profa. Dra. Claudia Benedta dos Santos
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa-EERP/USP

ANEXO 2

Termo de Consentimento Livre-Esclarecido.

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada “**Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao abuso e dependência de drogas**”. Para melhor esclarecimento, este estudo pretende obter informações que serão importantes no desenvolvimento de programas de treinamento em assistência aos usuários de drogas. Sua participação será respondendo um questionário contendo perguntas fechadas.

O objetivo dessa pesquisa é conhecer as atitudes (sentir, pensar, comportar-se) dos profissionais do PSF frente ao abuso e dependência de drogas e avaliar o quanto os conhecimento adquirido pelos profissionais sobre o tema interfere nas atitudes na sua prática cotidiana.

Sua colaboração é de extrema relevância para o desenvolvimento desta pesquisa, assim se você concordar em participar, por favor, assine o termo de consentimento livre e esclarecido em Anexo. Caso necessite de maiores informações colocamos – nos a disposição Enf. Marcelle (018) 3623 1352 e ou Prof. Dra Sandra (16) 602 3425 ou e-mail: marcellebarros@ibest.com.br

Declaro, que fui informado dos procedimentos a que serei submetido, na qual deverei colaborar respondendo um questionário de marcar X, não sendo necessária minha identificação. Terei como benefício o conhecimento sobre as atitudes dos profissionais do PSF frente ao abuso e dependência das drogas, podendo melhorar minha prática profissional, e como possível constrangimento ter de responder sobre minhas atitudes pessoais diante de um tema delicado. Fui devidamente informado:

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os benefícios e outros assuntos relacionados com a investigação.
2. Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
3. Do direito de não ser identificado (a) e ter minha privacidade reservada;
4. O direito de estar seguro(a) diante de minhas respostas de modo a não sofrer represálias;
5. Da garantia de que não terei nenhuma despesa decorrente da participação da mesma.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados e consinto em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador que subscreve este termo de consentimento.

Data: ____ / ____ / ____

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Endereço para contato com a pesquisadora: Laboratório de Álcool e Drogas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Avenida Bandeirantes, 3900, Campus Universitário, Ribeirão Preto, CEP: 14040-902 –SP. E-mail: marcellebarros@ibest.com.br

ANEXO 3

**Universidade de São Paulo
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto**

Pedimos a sua colaboração para realização deste estudo.

Os profissionais do Programa Saúde da Família frente ao abuso e dependência de drogas.

Estas avaliações não possuem respostas certas ou erradas .

Estamos interessados apenas na sua opinião e experiência

Teórico - Prática.

Não é necessária sua identificação.

Obrigada pela colaboração

Parte I – Identificação Sócio–Demográficas

A Idade: _____ **B. Sexo:** 1() Masculino 2() Feminino

Formação: 1.() primeiro grau 2.() segundo grau 3.() graduação 4. () especialista

Atuação na equipe:

- 1.() auxiliar de enfermagem 3.() odontólogo. 5.() médico
2.() agente comunitário de saúde 4.() enfermeira (o) 6()auxilia de consultório dentário

c. Tempo que trabalha no PSF: _____

Assinale a(s) alternativa(s) que na sua opinião pode(m) são considerado(s) drogas de abuso:

- () 1.cigarros () 5. maconha () 9. LSD ()13. Anticolinérgicos
() 2. bebidas alcoólicas()6 cocaína ()10 haxixe ()14 Barbitúricos
() 3 crack ()7 ecxtase ()11 lança perfume ()15Alucinógenos
()4 inalantes ()8 Anfetaminas () 12 Ansiolíticos

Parte II: A assistência de saúde aos usuários de substâncias drogas do PSF.

Numa escala de 0 (zero) a 10 (dez) responda as seguintes perguntas:

P1. Como os profissionais do PSF têm ajudado os pacientes com problemas relacionados ao abuso e dependência de drogas?

0 | | | | | | | | | | 10

Não ajuda nada

Ajuda muitíssimo

P2. Você acha que os pacientes se beneficiam da assistência oferecida no tratamento de drogas no PSF?

0 | | | | | | | | | | 10

Não ajuda nada

Ajuda muito

P3. Você percebe que os problemas do abuso/dependência de drogas tem sido inserido entre os agravos à saúde no PSF?

0 | | | | | | | | | | 10

Não muito

Aumentou consideravelmente

P4. Você tem encontrado dificuldades na assistência aos pacientes usuários de drogas no PSF?

0 | | | | | | | | | | 10

Dificuldades consideráveis

Nenhuma dificuldade

P5. Qual a importância da assistência aos usuários de drogas inserida no PSF?

0 | | | | | | | | | | 10

Nenhuma importância

Muito importante

Parte III – Sentimentos dos profissionais do PSF ao lidarem com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas:

Assinale a(s) alternativa(s) na qual expressa seu(s) sentimento(s) ao lidar com pacientes com problemas relacionados ao abuso/dependência de drogas:

- ()16bem estar ()22desconforto ()28compaixão ()33confusão ()38estresse
 ()17raiva ()23mal estar ()29indiferença ()34segurança ()39contentamento
 ()18tristeza ()24alegria ()30insatisfação ()35aceitação ()40receio
 ()19nervosismo ()25satisfação ()31tédio ()36insegurança ()41recusa
 ()20vergonha ()26conforto ()32curiosidade ()37medo ()42ansiedade
 ()21felicidade..... ()27tranqüilidade

Parte IV - De acordo com seu conhecimento teórico e prático sobre o uso de drogas, responda:

Q1-A vida do dependente de drogas é muito desagradável.

()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito

Q2- Me sinto bem em trabalhar com dependentes de drogas.

()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito

Q3- Dependentes de drogas não estão preocupados com seu estilo de vida.

()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito

Q4- Dependentes de drogas são pessoas muito sensíveis.

()Concordo muito ()Concordo ()Indiferente ()Discordo ()Discordo Muito

Q5- Drogas usadas ocasionalmente não fazem mal à saúde

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q6- Dependentes de drogas são mais susceptíveis às doenças físicas.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q7- Prefiro trabalhar com dependentes de drogas a outro tipo de paciente.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q8- Os dependentes de drogas respeitam seus familiares.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q9- Os dependentes de drogas sofrem de sentimento de inferioridade.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q10- Não há nada de errado em usar drogas ocasionalmente

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q11- Eu sinto que os dependentes de drogas são infelizes, por apresentarem problemas físicos.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q12- Os dependentes de drogas merecem um espaço no hospital, como qualquer outro paciente.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q13- Os dependentes de drogas querem parar de usar tais substâncias

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q14- Os dependentes de drogas usam drogas por problemas sociais e psicológicos

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q15- As drogas são prejudiciais quando usada moderadamente.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q16- Todos os dependentes de drogas precisam de consultas psiquiátricas.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q17- Eu acho que meus pacientes se tornariam agressivos se falassem com eles sobre o uso de drogas.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q18- O dependente de drogas que não obedece às ordens dos profissionais deve ser tratado com indiferença.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q19- Os dependentes de drogas pensam que são pessoas más porque usam a drogas

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q20-As pessoas usam drogas porque querem.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q21-Os dependentes de drogas deveriam receber tratamento médico.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q22-Eu me sinto bem quando trabalho com dependentes de drogas.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q23-A maioria dos dependentes de drogas não gosta de ser dependentes.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q24-Os dependentes de drogas são pessoas isoladas e solitárias.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q25-Quando usada moderadamente, a bebida alcoólica não é prejudicial a saúde.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q26-A dependência de drogas é uma doença.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q27-Eu me sinto à vontade em falar sobre dependência de drogas.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q28-Embora eu possa ajudar o dependente de drogas, ele ainda pode continuar usando, mesmo em tratamento.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q29-Os dependentes de drogas tem geralmente graves problemas emocionais.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**

Q30-O uso de drogas em grande quantidade não pode tornar pessoas normais em pessoas fracas normalmente.

Concordo muito **Concordo** **Indiferente** **Discordo** **Discordo Muito**