

Representações sociais da equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde de um município de Santa Catarina, sobre pessoas que fazem o uso de drogas

Henry Darío Cunha Ramirez¹
Eda Maria Norenberg Arndt²

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo investigar as Representações Sociais da equipe de enfermagem sobre pessoas que fazem uso de drogas em uma Unidade Básica de Saúde de um município de Santa Catarina. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva com abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 04 enfermeiros e 07 técnicos de ambos os sexos. Como instrumento de pesquisa foi utilizado uma entrevista semiestruturada e as informações coletadas submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Conforme informações obtidas com os entrevistados verificou-se que as representações sociais da equipe de enfermagem não interferem na qualidade do atendimento. Os entrevistados ressaltam que seria importante cursos de capacitação para os profissionais da enfermagem para atuar no tratamento aos usuários de drogas.

Palavras-chave: representação social, drogas, equipe enfermagem.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the social representations of the nursing staff regarding people who use drugs at a Basic Health Unit of a town of Santa Catarina state. It is a descriptive exploratory research with a qualitative approach. The participants were 04 nurses and 07 technicians of both sexes. As a research tool it was used a semi-structured interview and the collected information was submitted to the Bardin content analysis technique. According to the information obtained from the respondents it was verified that the social representations of the nursing staff do not interfere with the quality of the care. Respondents point out that it is important to have training courses for nursing professionals to work with the treatment of drug users.

Keywords: social representation, drugs, nursing staff.

1 INTRODUÇÃO

¹Henry Darío Cunha Ramírez, Psicólogo – Especialista em Saúde Mental – Mestrado em Engenharia de Produção.

²Eda Maria Norenberg Arndt, Psicóloga – Pós Graduada em Saúde Mental e Atenção Psicossocial.

O consumo de drogas é um fenômeno que vem ocorrendo ao longo da história da humanidade, sendo que, inicialmente eram usadas para fins religiosos, culturais e medicinais. Porém, atualmente, o consumo está causando uma preocupação mundial, em função da alta frequência e dos danos sociais relacionados ao uso e ao comércio ilegal (MARANGONI, OLIVEIRA, 2013; RANZONI, NOTO, SILVEIRA, 2014). No entanto, vale destacar, que uma das poucas ocasiões em que o uso de drogas foi visto como uma ameaça a sociedade foi na Idade Média (MACRAE, 2014).

As drogas são consumidas por todas as classes socioeconômicas, culturais e intelectuais, seja pela busca de prazer ou afastar o desconforto, o mal estar e o sofrimento. Desta forma, as pessoas usam drogas para dormir ou para se manter acordados, aliviar o estresse, se estimular ou vencer as inibições (ROCHA, 2012).

De acordo com MacRae (2014), desde o início da humanidade, as pessoas usam drogas para alterar o sistema nervoso central, para se medicar, obter experiências espirituais ou simplesmente para se divertir.

Segundo Carneiro (2009), a questão do uso de drogas não se constitui apenas como um “problema”, mas que faz parte da cultura da humanidade há milhares de anos como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social.

Atualmente, segundo o Relatório Mundial sobre Drogas de 2014, em torno de 243 milhões de pessoas entre 15 e 64 anos de idade usam drogas ilícitas, o que corresponde a 5% da população global. Já os usuários de drogas problemáticos, por outro lado, somam por volta de 27 milhões, correspondendo a de 0,6% da população adulta mundial (UNODC, 2015).

De acordo com a OMS - Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Deste modo, o uso de drogas se tornou um grave problema de saúde pública no país e isso se reflete nos diversos segmentos da sociedade, pela relação comprovada entre o consumo e os agravos sociais decorrentes dele (MS, 2003).

Quanto ao Brasil, o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas envolveu 108 grandes cidades do país. Publicado em 2005, o estudo informa que 22,8% da população pesquisada já fizeram uso de drogas, exceto tabaco e álcool. Esse dado corresponde a uma população de 10.746.991 pessoas (CARLINI et al, 2007).

Segundo Cruz (2014), existe pessoas com problemas gravíssimos com o álcool e não conseguem controlar esse uso. Outras, que correspondem à maioria, consomem o álcool sem

problemas; muitas, durante uma vida longa em que esse uso é apenas um elemento de celebração e sociabilidade. Inclusive as pessoas que são dependentes de uma substância, muitas vezes, têm formas de usar e trajetórias muito diferentes.

Atualmente, a maioria dos consumidores de drogas, lícitas ou ilícitas, o faz de forma socialmente integrada, sem uso problemático e sem querer abandonar o seu hábito. Isso ocorre com a maioria dos usuários de álcool e maconha. Até o tabaco, que um grande número de pessoas quer deixar de usar, para muitos é um hábito apreciado, mesmo tendo conhecimento de que isso possa trazer consequências danosas para a saúde. Outras drogas de maior impacto de danos e de maior incidência de usuários compulsivos, como a cocaína não deixam de ter também usuários ocasionais (OLIVEIRA, CARNEIRO, 2014).

Estudo realizado por Spricigo e Alencastre (2004), que objetivou identificar a opinião dos enfermeiros de Unidades Básicas de Saúde sobre usuários de drogas encontrou que, na concepção desses sujeitos, os motivos que levam as pessoas a usarem drogas originam-se de ações variadas que vão desde o enquadramento do indivíduo como delinquente, doente ou vítima das circunstâncias sociais.

O Ministério da Saúde ressalta que muitas vezes a assistência oferecida nos serviços de saúde pode ser ineficiente, em razão da falta de formação dos profissionais da área da saúde para lidarem com esta clientela. Conforme o Ministério da Saúde estes desconhecem todos os sintomas gerados pelo uso abusivo de álcool e drogas e apresentam uma visão negativa dos usuários e de suas perspectivas evolutivas perante o problema (BRASIL, 2003).

Diante do que foi exposto acima, o presente estudo tem como objetivo identificar as representações sociais da equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde sobre pessoas que fazem uso de drogas, para alcançar tal objetivo realizar-se-á revisão bibliográfica sobre representações sociais e observar as possíveis relações entre as representações sociais da equipe e a qualidade do atendimento.

O estudo justifica-se pela contribuição que trará a ciência ao gerar novos conhecimentos nesta área e poderá servir de subsídios para outros estudos sobre o tema, como também ajudarão na elaboração de políticas públicas que visem o enfrentamento desta problemática.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Representação social

Durkheim foi o primeiro autor a estudar o conceito de representações sociais, tendo o mesmo sentido que representações coletivas. Distinguiu o estudo das representações individuais como sendo de domínio da psicologia e o estudo das representações coletivas como sendo domínio da sociologia. O termo se refere a categorias de pensamento por meio dos quais uma sociedade elabora e expressa a sua realidade (FARR, 2013, MINAYO, 2013).

Segundo Jodelet (2001), representações sociais são fenômenos complexos sempre ativados e ativos na vida social. Neste fenômeno encontram-se vários elementos informativos, cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros. Tais elementos são organizados em forma de um saber que tem algo a dizer sobre a realidade.

Ainda conforme Jodelet, a representação social é uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo prático e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. A autora assinala que a representação social é sempre representação de alguma coisa (objeto) ou de alguém (sujeito) de maneira que as características de ambos se manifestam na representação. Além disso, destaca que as representações sociais são sistemas de interpretação que regem a relação do sujeito com o mundo e com os outros, bem como orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais (JODELET, 2001).

Para Spink, as representações são demonstrações da realidade intraindividual e devem ser examinadas articulando elementos afetivos, mentais, sociais, integrando a cognição, a linguagem e a comunicação às relações sociais que afetam as representações sociais. Desta forma, as representações são, primeiramente, fenômenos sociais que, mesmo acessados a partir do seu conteúdo cognitivo, têm de ser entendidos a partir do contexto onde é produzido. (SPINK, 1993, SPINK 2013).

Para Moscovici, as representações sociais elaboram-se por meio das relações interpessoais e intergrupais da vida cotidiana, constitui-se em um saber do senso comum que vai sendo construído através dos valores, atitudes, símbolos e crenças compartilhadas por um grupo social de pertença ou afiliação. Estas representações permitem a interpretação da realidade, construída através de ideias e imagens simbólicas peculiares a uma determinada realidade social, histórica e cultural (MOSCOVICI, 2003).

As representações sociais têm a capacidade de influenciar o comportamento do indivíduo integrante de uma coletividade, “é assim que elas são criadas, internamente,

mentalmente, pois é dessa maneira que o próprio processo coletivo penetra, como o fator determinante, dentro do pensamento individual” (MOSCOVICI, 2013, p. 40).

Para Coutinho, Araújo e Gontíes (2004), todos os fenômenos que emergem do contexto social são investidos simbolicamente, isto é, recebem nomes e significados que os avaliam, explicam e lhes dão sentido. Esses significados, à medida que circulam, transformam-se, de acordo com os modelos vigentes em uma determinada época e formação social.

Além disso, esses significados são resultantes da interação entre o senso comum e o conhecimento científico, na qual existe uma relação dialética permanente entre estes dois universos, resultando numa diversidade de significados que circulam através dos meios de comunicação formais e informais, assimilados e reelaborados socialmente (COUTINHO, ARAUJO, GONTIÉS, 2004).

2.2 Representações Sociais e Drogas

As drogas são substâncias que alteram as funções físicas e psicológicas dos indivíduos que as consomem independentemente de serem substâncias lícitas como o álcool, o tabaco e alguns medicamentos, ou ilícitas como a maconha, o crack, LSD, ecstasy, opiáceos, entre outras. No entanto, é importante destacar que a relação que os indivíduos desenvolvem com cada substância psicoativa varia em função do contexto e do seu padrão de uso, podendo apresentar baixos riscos ou, dependendo do padrão de consumo, podem ser altamente disfuncionais, causando prejuízos biológicos, psicológicos e sociais (RONZANI, NOTO, SILVEIRA, 2014).

É importante destacar, também, que a forma de utilizar as drogas varia de pessoa para pessoa e que cada indivíduo tem características biológicas distintas, uma história de vida que é só dela e vive em grupos de familiares, amigos, ou seja, vive em meios sociais e culturais diferentes. Inclusive as pessoas que são dependentes de determinada substância podem ter formas de usar e trajetórias muito diferentes (CRUZ, 2014).

Alguns autores têm se dedicado a investigar as Representações Sociais relacionadas ao uso de drogas. Em pesquisa com universitários de três áreas diferentes, Coutinho, Araujo e Gontíes (2004), encontraram avaliações distintas. Quando perguntados sobre suas posturas frente a um usuário de maconha, as respostas foram de favorável a desfavorável.

Em outro estudo com estudantes de psicologia, Fonseca, Azevedo, Araújo, Coutinho (2007) encontraram diferenças de representações sobre a maconha na perspectiva de gênero e idade dos participantes. Sendo que os participantes do sexo masculino vinculavam o uso da maconha a efeitos positivos e ao prazer; as participantes do sexo feminino, no entanto, enfatizavam o uso da maconha a efeitos negativos relacionados à saúde. Quando analisadas as respostas por faixa etária, os mais jovens se posicionaram de forma negativa e incluíram a palavra crime como consequência do uso da substância, Já os participantes mais velhos voltaram-se para aspectos relacionados à saúde tais como dependência e danos físicos, bem como o preconceito sofrido pelos usuários de maconha.

2.3 Representações Sociais sobre Drogas e oferta de cuidado

A preocupação com o aumento do uso abusivo de álcool e outras drogas fez com que o Ministério da Saúde assumisse de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública (MS, 2003).

O cuidado aos usuários de drogas é orientado pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas, que tem entre seus princípios, o respeito aos direitos fundamentais da pessoa humana. Assim, o usuário de drogas é entendido como sujeito de direitos, a quem se deve tratar com dignidade e ter respeitadas as suas particularidades e singularidades (MAXIMIANO, PAIVA, 2014).

Neste aspecto, o Ministério da Saúde estabelece que os espaços de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde devem ser adequados a realidade local, ao quantitativo da população, sua especificidade e ao número de usuários esperados. Estes fatores delineiam prioridades estabelecem limites e propõe a organização dos processos de trabalho na perspectiva da ambiência (MS, 2008).

A lei nº 11.343/2006, que trata deste tema, define medidas para a prevenção do uso, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas e define crimes. A política em questão possui como diretrizes a atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, sejam eles dependentes ou não (BRASIL, 2006). É importante ressaltar que a política para os usuários de álcool e outras drogas é convergente com os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde - SUS, que busca a universalidade do acesso e o direito à assistência aos usuários (GONÇALVES, TAVARES, 2007).

Já a Portaria 3.088/2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS e cria pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental bem como as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Constituem-se pontos de atenção a Atenção Básica em Saúde, Atenção Psicossocial especializada (CAPS), Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de desinstitucionalização e Reabilitação Psicossocial (BRASIL, GM, 2011).

Já as práticas de Redução de Danos surgiram como uma alternativa para as estratégias proibicionistas do uso de drogas e baseiam-se na tolerância e compreensão da diversidade. Sendo assim, o Ministério da Saúde cria a Portaria Nº 1.028/GM/2005 que regulamenta as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. A portaria também define que a redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, desenvolva-se por meio de ações de saúde dirigidas a usuários ou a dependentes que não podem, não conseguem ou não querem interromper o referido uso, tendo como objetivo reduzir os riscos associados sem, necessariamente, intervir na oferta ou no consumo (MS, 2005).

Assim, a estratégia de Redução de Danos não pressupõe a abstinência obrigatória e imediata do uso de drogas, o foco incide na formulação de práticas que diminuem os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais no qual convivem (CRUZ, 2014).

Rezende (2008) cita os quatro modelos de análise do uso de drogas apresentados por Paixão (1995), são estes: o modelo jurídico-moral que assenta-se numa visão dualista da realidade, ou seja, neste modelo há a coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-illegalidade e finalidade médica e não médica). Este ponto de vista está relacionado a medidas educativas e preventivas, ligadas a princípios repressivos; o modelo médico ou de saúde pública, no qual, à semelhança das doenças infecciosas, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, o agente, o hospedeiro e o meio-ambiente. O agente é o elemento ativo, definido como o gerador de dependência e o hospedeiro é a ‘vítima’, o doente a ser tratado ou curado; no modelo psicossocial, o indivíduo desempenha o papel de agente ativo, e a interação droga-usuário é o alvo da observação. Nesse ponto de vista, o uso de drogas é percebido como um comportamento que persiste enquanto desempenhar uma função para o indivíduo e o contexto exerce influência sobre o usuário; no modelo sociocultural a ênfase é atribuída ao contexto, aqui a droga adquire significado e importância não tanto pelas suas propriedades, mas pela maneira como cada

sociedade define sua utilização.

Segundo Grossi e Oliveira (2013), ao pensar em tratamento deve-se considerar a multifatorialidade clínica desta demanda, desta forma, o tratamento deve possibilitar uma ação conjunta numa lógica biopsicossocial. Um bom plano terapêutico conta com o suporte médico, psicológico, social, terapia ocupacional, dentre outros profissionais.

Gelbcke e Padilha, (2004), destacam que os profissionais de enfermagem são agentes chave no processo da transformação social, participando no desenho e implementação de programas e projetos de promoção da saúde, prevenção do uso e abuso de drogas e integração social.

2.4 Representação Social da Equipe de Enfermagem

Pesquisa realizada nos CAPS AD do Município de São Paulo sobre as representações sociais dos enfermeiros acerca dos usuários de drogas demonstrou que esses indivíduos são pessoas acometidas por uma doença e que deve ser tratada como qualquer outro tipo de patologia, ainda, na representação desses profissionais, os usuários de drogas são indivíduos sem limites e manipuladores, responsáveis pela sua doença (VARGAS, BITTENCOURT, ROCHA, OLIVEIRA, 2013).

Outra pesquisa sobre a formação do enfermeiro e sua relação com o fenômeno das drogas, realizada com acadêmicos do último período de graduação em enfermagem de cinco instituições no Sul do Brasil, apontou que os alunos compreendem que o conhecimento sobre o fenômeno das drogas é importante para o exercício da profissão, porém quando os estudantes se referem aos usuários o fazem de forma negativa, ou seja, como sendo pessoas agressivas e desagradáveis para cuidar (CARRARO, RASSOLL, LUIS, 2005).

Pesquisa realizada por Moretti-Pires et al (2001) com enfermeiros da saúde da família na Amazônia demonstrou que os enfermeiros referem-se ao uso de álcool como uma doença, focando no tratamento. Para os entrevistados, os indivíduos acometidos não têm domínio sobre suas ações e negam que estão doentes. Apesar de se referir ao fenômeno das drogas numa dimensão mental da saúde e suas implicações, a conceituação destes profissionais fundamenta-se no modelo biomédico.

É importante destacar que muitos usuários de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros não

procuram tais serviços, por não se sentirem acolhidos em suas diferenças. Deste modo, a adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário de drogas (MS, 2003).

Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde descreve que apenas 23% de usuários de álcool e outras drogas procuram tratamento específico para a dependência (BRASIL, 2001).

Em se tratando de cuidar de vidas humanas, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Além disso, deve-se, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas por cada indivíduo. Desta forma, as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade, devem acolher cada usuário sem julgamento, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

A esfera da relação entre profissional e usuário é um fator fundamental para o cuidado adequado, pois muitos usuários de drogas são alvos de estigmas e preconceitos que os excluem do direito aos cuidados à saúde (RONZANI, NOTO, SILVEIRA, 2014).

Entre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros são os que mantêm mais contato com os usuários dos serviços de saúde e têm um maior potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais (SPRICIGO, ALENCASTRE, 2004).

As diretrizes Curriculares Nacionais dispõem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos exigidos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais: Atenção à saúde, neste sentido devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; devem ser acessíveis e manter a confidencialidade das informações a eles confiadas; assumir posição de liderança perante a equipe e a comunidade tendo, sempre, em vista o bem-estar das pessoas; devem estar aptos a tomar iniciativas, gerenciar e administrar recursos, tanto da força de trabalho quanto dos recursos físicos, materiais e de informação; devem ser capazes de aprender continuamente em sua formação e em sua prática (BRASIL, ME, 2001).

Com base no exposto acima, a presente pesquisa pretende investigar quais as representações sociais da equipe de enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde sobre pessoas que fazem uso de drogas em um município de Santa Catarina. Este conhecimento

poderá contribuir na busca de ações que visem capacitar os profissionais para lidarem com a problemática das drogas no âmbito da intervenção e promoção da saúde.

3 METODOLOGIA DA PESQUISA

A natureza dessa pesquisa tem cunho descritivo e exploratório e para tanto foi utilizada a abordagem qualitativa. A escolha da pesquisa qualitativa se justifica, pois “descreve a complexidade de uma determinada hipótese ou problema, analisando a interação de certas variáveis, compreendendo e classificando processos dinâmicos experimentados por grupos sociais” (FÁVERI, BLOGOSLAWSKI, FACHINI, 2008, p 32). Também envolve a aquisição de dados descritivos sobre pessoas, lugares e processos interativos pelo contato direto do pesquisador com a situação estudada, procurando, assim, compreender os fenômenos conforme a perspectiva dos sujeitos, isto é, dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995).

Hipótese

As representações sociais da equipe de enfermagem sobre o uso de drogas pode influenciar a qualidade do atendimento ao usuário de drogas.

Participantes/Coleta de Dados

Participaram desta pesquisa 04 enfermeiros e 07 técnicos em enfermagem de ambos os sexos. O instrumento utilizado para coletar os dados foi uma entrevista semiestruturada. Justifica-se tal uso por ser uma das técnicas mais flexíveis de coleta de dados em ciências sociais (SANTOS, 2007). Os resultados da pesquisa foram submetidos à análise de conteúdo, sendo que esta se refere a um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens (BARDIN, 2011).

Aspectos éticos

A pesquisa refere-se ao risco mínimo, visto que os sujeitos apenas responderam a um

questionário semiestruturado. Quanto aos benefícios, entende-se que a área da saúde está diretamente ligada ao fenômeno das drogas e, sendo assim, os profissionais da enfermagem desempenham um importante papel no desenvolvimento de ações que tem como objetivo a promoção de saúde dos usuários dos serviços. Para a realização da pesquisa, formalizou-se a apresentação e em seguida foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi assinado após concordarem e estarem cientes dos objetivos do estudo. Os participantes não foram identificados na descrição e análise dos dados como forma de preservar o anonimato e a manutenção do sigilo.

4 RESULTADOS

A equipe de enfermagem da Unidade Básica de Saúde é composta por 04 enfermeiros e 08 técnicos em enfermagem, sendo que um membro da equipe optou por não participar. A amostra caracteriza-se por ser predominantemente do sexo feminino (90,9%), o restante, (9,1%), corresponde ao sexo masculino. A faixa etária variou entre 24 anos e 53 anos com uma média de 38,9 anos para a amostra total. Com relação à escolaridade (54,5%) completaram o Ensino Médio, (18,1%) possuem Ensino Superior e (27,2%) possuem Pós-graduação. O tempo médio de formação dos enfermeiros é de 2,8 anos e dos técnicos 12,7 anos. Dos entrevistados 02 eram solteiros, 04 vivem em união consensual, 02 casados, 01 viúvo e 02 eram divorciados.

O tema representação Social da equipe de enfermagem acerca dos usuários de drogas refere-se à forma como a equipe de enfermagem concebe o usuário de drogas e a análise do conteúdo das entrevistas resultou em nove categorias.

Tabela 1. Categoria 01- Representações sobre as pessoas que fazem uso de drogas

E. 1	As pessoas usam por opção. As pessoas são curiosas e querem saber qual é o efeito das drogas.
E. 2	Acredito que a maioria usam drogas pela busca do prazer. Todos nós buscamos o prazer, mas alguns buscam através do uso das drogas, uns de forma recreativa, não afetando a vida, e outros usam de forma abusiva o que acaba causando consequências fisiológicas, emocionais e sociais. Todos passam por problemas familiares, no trabalho, financeiros, mas muitos não conseguem lidar com a situação e procuram uma fuga para esse sofrimento fazendo o uso das drogas.
E. 3	São, na maioria pessoas de classe baixa, desempregados, moradores de rua. As pessoas de classe média baixa usam mais para fugir da realidade. São deprimidas, influenciáveis. São vítimas. A maioria tem conhecimento das consequências.
E. 4	Falta algo para esta pessoa e busca na droga uma solução. É uma pessoa que precisa de ajuda.
T. 1	Tenho pena, precisam de ajuda da família em geral, da sociedade, não é culpa do usuário, mas sim da sociedade.

T. 2	Pessoas que precisam de atenção aprofundada, acompanhamento tanto com o mesmo como com familiares à seu convívio.
T. 3	São pessoas com mente fraca (pessoa que não tem vontade de lutar pela liberdade, vive em um mundo fechado), “procuram refúgio” (refúgio é esquecer os problemas). Liberdade é se socializar com todas as classes, ir e vir onde quiser, estar de bem consigo mesmo.
T. 4	É uma pessoa fragilizada de fácil manipulação por outras pessoas (fragilizada é uma pessoa que não tem atitude, não consegue distinguir o certo e o errado). São pessoas fracas e não conseguem sair sozinhas de alguma situação, precisam de um suporte.
T. 5	São pessoas carentes. Estão sempre a procura de algo mais e acreditam encontrar na droga as respostas ou satisfação. Carência de afeto, amor ou financeira.
T. 6	Pessoas vulneráveis a mercê da sociedade, vítima.
T.7	São pessoas fragilizadas por determinados fatores, e estão em busca de sensações que lhes traga bem estar, sensação de liberdade, prazer, fuga da própria existência.

Na categoria Representações Sociais sobre as pessoas que fazem uso de drogas, as respostas foram as mais variadas: os usuários são pessoas que tem a mente fraca, são pessoas fragilizadas, carentes, manipuláveis, influenciáveis, depressivas, vulneráveis a mercê da sociedade, buscam na droga uma solução, são pessoas de classe baixa, desempregados, moradores de rua, buscam ajuda nas drogas, falta algo para esta pessoa, culpa da sociedade, não é culpa do usuário, procuram refugio, buscam liberdade, não conhecem as consequências, precisam de acompanhamento, precisam de ajuda e atenção, são vítimas ou, ainda, que usam drogas por opção.

Observa-se que os entrevistados têm uma visão dos usuários como sendo pessoas fragilizadas que precisam de ajuda. Estes resultados diferem dos dados obtidos em outra pesquisa sobre a formação do enfermeiro e sua relação com o fenômeno das drogas, realizada com acadêmicos do último período de graduação em enfermagem de cinco instituições no Sul do Brasil. O estudo apontou que os alunos compreendem que o conhecimento sobre o fenômeno das drogas é importante para o exercício da profissão, porém quando os estudantes se referem aos usuários o fazem de forma negativa, ou seja, como sendo pessoas agressivas e desagradáveis para cuidar (CARRARO, RASSOLL, LUIS, 2005).

Em outro estudo com estudantes de psicologia, Fonseca, Azevedo, Araújo, Coutinho (2007) encontraram diferenças de representações sobre a maconha na perspectiva de gênero e idade dos participantes. Sendo que os participantes do sexo masculino vinculavam o uso da maconha ao prazer; as participantes do sexo feminino, no entanto, enfatizavam o uso da maconha a problemas relacionados à saúde. Quando analisadas as respostas por faixa etária, os mais jovens se posicionaram de forma negativa e incluíram a palavra crime como consequência do uso da substância, Já os participantes mais velhos voltaram-se para aspectos relacionados à saúde tais como dependência e danos físicos, bem como o preconceito sofrido pelos usuários de maconha.

Tabela 02. Categoria 02 - Causas do uso

E. 1	Curiosidade.
E. 2	Curiosidade, busca de prazer e fugir dos problemas.
E. 3	Depressão, exclusão da sociedade, fugir da realidade, influência do grupo e busca de prazer.
E. 4	Influência dos amigos, falta de diálogo familiar e informação por parte dos serviços de saúde. Falar sobre o assunto de forma mais aberta.
T. 1	Curiosidade e influência de outras pessoas.
T. 2	Decepção amorosa, perda de emprego, conflito familiar, curiosidade na adolescência, amigos influenciando, festas, doenças (casos drogas medicamentos).
T. 3	Más companhias. As companhias influenciam bastante (más companhias são as pessoas que influenciam uma pessoa a usar drogas). Exemplo: um grupo com três pessoas, onde duas usam e uma não. As duas pessoas convidam a terceira para usar, caso não aceitem são caretas.
T. 4	Curiosidade, fragilidade, baixa autoestima, solidão, desemprego, separações (divórcios), pessoas mal compreendidas pelos familiares ou usam porque gostam.
T. 5	Curiosidade e busca de satisfação
T. 6	Problemas familiares, violências (domésticas, alcoolismo, sexual), meio em que vive.
T.7	Sensação de prazer, alívio do sofrimento, falta de afetividade da família, depressão, ansiedade, sentimento de perda, falta de aceitação etc.

Na categoria o que leva uma pessoa a usar drogas, as respostas foram as mais variadas, assim: 36,3% entrevistados responderam que as pessoas buscam as drogas pela busca de prazer, 45,4% responderam que é por influência de outros, 54,5% responderam que são pessoas curiosas, 45,4% responderam que por conflito familiar, 18,1% fugir da realidade.

Estes resultados são convergentes com a literatura, isto é, que as drogas são consumidas por todas as classes socioeconômicas, culturais e intelectuais, seja pela busca de prazer ou afastar o desconforto, o mal estar e o sofrimento, as pessoas usam drogas para dormir ou para se manter acordadas, aliviar o estresse, se estimular ou vencer as inibições (ROCHA, 2012). Segundo Carneiro (2009), o uso de drogas não se constitui apenas como um “problema”, mas que faz parte da cultura da humanidade há milhares de anos como um instrumento de estímulo, consolo, diversão, devoção e intensificação do convívio social.

Tabela 03. Categoria 03 – Atendimento às pessoas com demandas pelo uso de drogas resultou em 02 categorias.

a) Tratamento oferecido.

E. 1	O que aparece mais na UBS é o alcoolismo e são trazidos pela família. É feito a triagem, encaminhado
------	--

	ao médico para tratamento ambulatorial. Para tabagismo recebemos medicamentos para iniciar o tratamento em grupo com profissionais: médico, enfermeiro e psicólogo (não começou o trabalho com o grupo porque estão sem psicólogo).
E. 2	Acolhimento desta pessoa escuta e junto dela procurar identificar as necessidades naquele momento. Criar vínculo com ela, e realizar orientações em relação ao uso das drogas.
E. 3	Acolhimento pelo enfermeiro da unidade. Verificar histórico do paciente, exame físico, verificar sinais vitais e realizar testes rápidos.
E. 4	A demanda é maior com usuários de álcool, mas quando o usuário de drogas chega na UBS o atendimento deve ser imediato. O atendimento refere-se ao acolhimento, a escuta e encaminhamento à consulta médica para tratamento medicamentoso.
T. 1	Ruim. Não é um atendimento adequado porque não há estrutura adequada para atendê-lo, uma equipe multiprofissional é necessária. Hoje, no município não há uma equipe completa.
T. 2	Deveria ter um atendimento especial com estudo de caso com a equipe envolvida e também familiar. Preparar UBS com espaço físico adequado não só com usuários, mas com todos.
T. 3	Atendo como qualquer outra pessoa. O usuário de drogas é doente e precisa de tratamento médico, ao contrário não se livra da doença (vício).
T. 4	O atendimento é precário, faltam profissionais na área de saúde mental.
T. 5	Nunca teve contato
T. 6	Bem diferenciado, canalizado para as pessoas com maior conhecimento da UBS. Utiliza as alternativas de tratamento oferecidas no município (convênio com hospital).
T. 7	Acompanhamento médico, psicológico, psiquiátrico, espiritualidade, grupos de autoajuda.

Na categoria cuidado oferecido, dos 11 entrevistados 05 responderam que o usuário sempre é acolhido quando chega à UBS e ressaltam a importância do acolhimento, do vínculo e da escuta.

“Acolhimento desta pessoa, escuta [...], criar vínculo com ela, e realizar orientações em relação ao uso das drogas” (E. 2).

Estes resultados estão em consonância com o que preconiza o Ministério da Saúde, ou seja, deve-se, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas por cada indivíduo. Sendo assim, as práticas de saúde devem levar em conta esta diversidade, devem acolher cada usuário sem julgamento, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Já 03 entrevistados referem-se ao tratamento centrado no médico e com medicamentos.

“O usuário de drogas é doente e precisa de tratamento médico” (T. 3).

Estes resultados estão de acordo com uma pesquisa realizada com enfermeiros da saúde da família na Amazônia, os enfermeiros referem-se ao uso de álcool como uma doença focando o tratamento no médico (MORETTI-PIRES, et al, 2001). O tratamento deve possibilitar uma ação conjunta numa lógica biopsicossocial. Um bom plano terapêutico conta com o suporte

médico, psicológico, social, terapia ocupacional, dentre outros profissionais (GROSSI, OLIVEIRA, 2013).

02 entrevistados descrevem que este atendimento é ruim ou precário porque não há uma estrutura adequada (sala própria para atender o usuário), também faltam profissionais capacitados e 01 entrevistado diz não ter conhecimento sobre o assunto.

Neste aspecto, o Ministério da Saúde estabelece que os espaços de atendimento nas Unidades Básicas de Saúde devem ser adequados a realidade local, ao quantitativo da população, sua especificidade e ao número de usuários esperados. Estes fatores delineiam prioridades estabelecem limites e propõe a organização dos processos de trabalho na perspectiva da ambiência (MS, 2008).

b) Tratamento necessário.

E. 1	Tratamento ambulatorial ou internação.
E. 2	Apoio psicológico ao paciente e familiar, acompanhamento na rede de serviço, tratamento medicamentoso, e não focar o tratamento somente na abstinência, mas sim na redução dos danos.
E. 3	Primeiro a desintoxicação (tratamento domiciliar ou hospitalar em clínica psiquiátrica) e depois encaminhar para o convívio social.
E. 4	Discutir o caso em equipe e deve haver comunicação entre os profissionais sobre o atendimento como um todo. Fazer um trabalho com a RAPS.
T. 1	Estar toda a equipe disponível para melhor atendê-lo e apoiá-lo na sua jornada de recuperação. A equipe sempre disponível para atender o usuário sempre que ele necessitar.
T. 2	Sensibilizar governantes da atenção que se deve ter gerando mais recursos. Acompanhá-lo para que possa se recuperar e ajudar familiares e pessoas ao seu redor.
T. 3	Internação. Nem todos aceitam, os que não aceitam não querem ajuda. Internação em CAPS 24 horas, hospital de base. Apoio da família em primeiro lugar. Se a família abandonar, o sujeito está lascado (pessoa que não tem apoio nenhum).
T. 4	Fazer a escuta e o acolhimento, bem como tratamento farmacológico.
T. 5	Não tenho ideia, pois não trabalho diretamente com este público, mas acredito que deva haver um protocolo de atendimento e treinamento.
T. 6	Abstinência, se necessário medicamento e internação. Envolver a família e amigos para auxiliar no tratamento com apoio.
T.7	Desintoxicação, reabilitação psicológica, reinserção social.

Nesta categoria 45,4% dos entrevistados responderam que a equipe deve estar disponível para atender o usuário sempre que ele precisar, discutir o caso com a equipe, deve haver comunicação entre os profissionais sobre o atendimento como um todo, acompanhamento na rede de serviços e fazer um trabalho com a RAPS. 36,3% responderam que deve haver acompanhamento do usuário, ajudar familiares e pessoas ao seu redor, dar apoio psicológico paciente e familiar bem como envolver a família no tratamento. No entanto, 36,3% responderam que há necessidade de tratamento farmacológico, 18,1% desintoxicação e 27,2% responderam que o usuário deve ser internado.

“Discutir o caso em equipe e deve haver comunicação entre os profissionais sobre o atendimento como um todo. Fazer um trabalho com a RAPS” (E. 4).

Observa-se que a maioria dos entrevistados está em sintonia com o que preconiza a Portaria 3.088/2011 que institui a Rede de Atenção Psicossocial – RAPS. A RAPS cria pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental bem como as pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 2011).

Tabela 04. Categoria 04 - Dificuldades no atendimento às pessoas com demandas pelo uso de drogas.

E. 1	Não. Ao contrário, o atendimento a esta clientela é priorizado porque a pessoa pode mudar de ideia.
E. 2	O julgamento desse dependente. Sugiro mudanças de conceitos e de comportamento, através do conhecimento e capacitação para atender essa demanda.
E. 3	Não.
E. 4	Sim. A rotina de atendimento. Os usuários procuram a consulta, mas não informam o problema. É importante as reuniões de equipe, estudo de casos (ACS e enfermeiros) e (enfermeiros com a equipe incluindo médico e psicólogo).
T. 1	Não há barreiras, pois é sempre acolhida.
T. 2	Sim. Constrangimento, exemplo, quando é familiar do profissional, amigo se sente envergonhado e não confia na ética de alguns profissionais. Sugiro equipe qualificada nesta área, com mais cursos e preparada.
T. 3	Não. As agentes comunitárias de saúde vão à comunidade e identificam que há usuários, comunicam à equipe. O PSF vai fazer visita domiciliar oferecer ajuda e convidar para vir à UBS.
T. 4	Não há barreiras, são bem acolhidas, é visitada a família, feito levantamento do motivo gerador da demanda. Estes casos são tratados com prioridade, no sentido de se não cuidar, a situação agrava. O usuário não pode sair da UBS sem uma solução ou cuidado.
T. 5	Como profissional trabalho no setor de vacinas e não estou tendo contato direto com o público. Mas no que se pode observar não há barreiras.
T. 6	Não há barreiras. .
T.7	Infraestrutura inadequada das unidades de saúde, falta de profissionais capacitados para compor a equipe de multiprofissionais, problemas gerenciais, problemas nas relações de trabalho, pouca valorização dos profissionais, poucos recursos financeiros. Para podermos superar esses obstáculos devemos começar pela melhoria da infraestrutura, sistema eletrônico de informações clínicas, melhor gerenciamento, maior valorização dos profissionais, procurar melhorar na educação e nas relações de trabalho.

Nesta categoria 07 dos entrevistados responderam que não há barreira para o atendimento do usuário de drogas na UBS.

Não há barreiras, são bem acolhidas, [...] Estes casos são tratados com prioridade, no sentido de se não cuidar, a situação agrava. O usuário não pode sair da UBS sem uma solução ou cuidado (T. 4).

Já, 05 dos entrevistados responderam que sim, que há barreiras para o atendimento e mencionaram o julgamento, o constrangimento, falta de um espaço adequado e profissionais capacitados para atender esta demanda.

Segundo Carraro, Rassol e Luís (2005), os alunos de enfermagem estão saindo da graduação com dificuldades, pré-conceitos e visões negativas sobre os usuários de álcool e outras drogas. Para o Ministério da Saúde, muitas vezes a assistência oferecida nos serviços pode ser ineficiente, em razão da falta de formação dos profissionais da área da saúde para lidarem com os usuários de drogas (BRASIL, 2003).

Tabela 05. Categoria 05 - Papel da enfermagem

E. 1	Principalmente orientação do usuário e familiares sobre tratamento e medicação. A maioria dos usuários de álcool é de classe social baixa. Orientação sobre higiene.
E. 2	Acolhimento, escuta, orientações, plano de cuidados conforme as necessidades da pessoa, acompanhamento na UBS e se necessário visita domiciliar, encaminhamento nos casos de dependência grave a um serviço especializado.
E. 3	Orientar e acolhimento.
E. 4	Acolher e orientar o usuário, encaminhar para o médico e pedir exames (ultrassom do fígado e em casos mais graves, exames de laboratório: TGO, TGP, GAMA GT).
T. 1	Importante na orientação do usuário e no acompanhamento da recuperação. Orientação na medicação e nas responsabilidades do usuário.
T. 2	Deve-se fazer estudo de caso com toda a equipe envolvida e aprofundar mais no atendimento.
T. 3	Acolher a pessoa. É muito importante a equipe acolher. Acolhimento é você escutar o que a pessoa tem a dizer e achar um meio de ajudá-la.
T. 4	A escuta, o acolhimento e depois fazer o encaminhamento ao clínico e posteriormente ao psiquiatra, conforme o caso. Se for de psiquiatria vai ao psiquiatra (quando a pessoa está deprimida, não toma mais banho, não dá mais conta de organizar a sua vida).
T. 5	Acolher. Confiança na equipe, acolhimento sigiloso, saber que pode contar com a equipe.
T. 6	Orientar quanto ao uso de medicação e orientar a família quanto a abstinência, como lidar com o usuário.
T.7	Acolher, atender, coletar dados, elaborar um histórico, tentando descobrir as causas que o levaram a se envolver com as drogas e orientar familiares e o paciente, que geralmente já vem com encaminhamento de um médico, encaminhando assim para outros setores para tratamento com equipe de multiprofissionais adequados.

Nesta categoria, 07 dos entrevistados responderam que o papel da equipe de enfermagem é fazer o acolhimento, 04 fazer encaminhamentos, 02 fazer a escuta e 07 respondeu que é a orientação.

“Acolher a pessoa. É muito importante a equipe acolher. Acolhimento é você escutar o que a pessoa tem a dizer e achar um meio de ajudá-la” (T. 3).

Os resultados desta categoria estão de acordo com a literatura pesquisada, pois conforme Ronzani, Noto e Silveira (2014), a relação entre profissional e usuário é um fator fundamental para o cuidado adequado, pois muitos usuários de drogas são alvos de estigmas e preconceitos que os excluem do direito aos cuidados à saúde. Para Spricigo e Alencastre (2004), dentre os profissionais da área da saúde, os enfermeiros são os que mantêm mais contato com os usuários dos serviços de saúde e têm um maior potencial para reconhecer os problemas relacionados ao uso de drogas e desenvolver ações assistenciais.

Tabela 06. Categoria 06 - Relação entre a Representação Social do profissional e a prática profissional

E. 1	Sim. O profissional deve gostar da área de saúde mental.
E. 2	Um dos objetivos do cuidado é reinserir esse usuário na família e sociedade. A representação social interfere nesse sentido, pois na sociedade há forte julgamento e estigma desses usuários.
E. 3	Não vai influenciar. É um ser humano e vai ter o mesmo atendimento.
E. 4	Interfere tanto positivo como negativamente. Dependendo da Representação Social da equipe pode ser abordado o usuário de forma acolhedora ou não.
T. 1	Não interfere na prática social, pois é uma equipe pequena e madura.
T. 2	Deve-se à mídia e outros meios de comunicação para que as pessoas aceitem mais e na discriminá-lo. Ainda, no Brasil, existe preconceitos sobre essas pessoas.
T. 3	O certo é não interferir. Se o profissional quer trabalhar com esta população não pode ter uma visão crítica.
T. 4	Pode interferir porque se você vê a pessoa usuária de drogas como um vagabundo, sem vontade de sair disso, não vai atendê-lo bem. O contrário também ocorre, se olhar o usuário como vítima o cuidado vai acontecer (acolhimento).
T. 5	Tem que ter profissionalismo, respeitar as pessoas independente do problema.
T. 6	Não vai interferir. O atendimento acontece igual para todos.
T.7	Sem conhecimento sobre o assunto

Pelos dados obtidos nesta categoria, 05 dos entrevistados concordam que a Representação Social da equipe de enfermagem pode interferir na prática profissional.

“Interfere tanto positivo como negativamente. Dependendo da Representação Social da equipe pode ser abordado o usuário de forma acolhedora ou não” (E. 3).

05 entrevistados responderam que a Representação Social da equipe de enfermagem não interfere no atendimento e 01 mencionou não ter conhecimento do assunto.

“Tem que ter profissionalismo, respeitar as pessoas independente do problema” (T. 5). “Não vai interferir, o atendimento acontece igual para todos” (T. 6).

Segundo Moscovici (2013), as Representações Sociais têm a capacidade de influenciar o comportamento do indivíduo integrante de uma coletividade. Jodelet (2001), destaca que as representações sociais são sistemas de interpretação que regem a relação do sujeito com o mundo e com os outros, bem como orientam e organizam as condutas e as comunicações sociais.

Tabela 07. Categoria - Formas de trabalhar crenças, opiniões para que não interfiram desfavoravelmente no acesso ao serviço e na adesão ao tratamento.

E. 1	Capacitação dos profissionais para trabalhar com saúde mental e falta protocolo sobre como lidar com estas pessoas.
E. 2	Através de conhecimento, que ampliam nossos saberes e faz pensarmos de uma forma diferenciada.
E. 3	A discriminação existe. A educação continuada perante a sociedade e a equipe de enfermagem, palestras nas escolas e com os grupos em geral adultos e crianças. Com relação a equipe de enfermagem pode ser feito palestras e conversas, tentar se colocar no lugar do outro para entender seu sofrimento.
E. 4	Capacitação da equipe. Educação continuada sobre o tema.
T. 1	Como profissional precisamos ouvir a opinião dos colegas de trabalho para que juntos chegamos a um consenso ou coletivo para melhor tratá-lo.
T. 2	Deveria pastores e padres também ajudar nesse aspecto e respeitar é o mínimo que se pode fazer.
T. 3	Ver o usuário como um ser humano independente do problema que ele está apresentando.
T. 4	Olhar para si para saber se estamos em condições de poder fazer julgamento. Temos que estar bem para poder ajudar.
T. 5	Com conversas, debates, estar atento às opiniões dos outros porque não podemos discriminar.
T. 6	Primeiro pela ética profissional, se comprometer com responsabilidade ao executar as suas funções, sigilo, buscar conhecimento a respeito do assunto em questão.
T.7	Ser tolerante, respeitar a outra pessoa, não ter preconceitos, não julgar. Opinião diferente da nossa não significa afronta pessoal.

Pelos dados da tabela 06 dos entrevistados responderam que é por meio do conhecimento sobre o assunto, capacitação da equipe, educação continuada, palestra com a equipe de enfermagem, palestra nas escolas para crianças e adultos que podemos trabalhar as crenças e opiniões para que não interfiram desfavoravelmente no acesso ao serviço e na adesão ao tratamento.

“Através de conhecimento, que ampliam nossos saberes e faz pensarmos de uma forma diferenciada.” (E. 2).

As diretrizes Curriculares Nacionais dispõem que a formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos exigidos para o exercício de suas competências e habilidades gerais, no que se refere a atenção à saúde devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo e devem ser capazes de aprender continuamente em sua formação e em sua prática (BRASIL, 2001).

Formas de trabalhar crenças, opiniões para que não interfiram desfavoravelmente no acesso ao serviço e na adesão ao tratamento.

“Deveria pastores e padres também ajudar nesse aspecto e respeitar é o mínimo que se pode fazer” (T. 2). “Olhar para si para saber se estamos em condições de poder fazer julgamento. Temos que estar bem para poder ajudar” (T. 4).

Estas falas dos entrevistados encontram-se na concepção de modelo jurídico-moral. Tal concepção repousa numa visão dualista da realidade e se define pela coexistência de posições opostas e irreduzíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica). Este ponto de vista está relacionado com medidas educativas e preventivas, articuladas a princípios repressivos (REZENDE, 2008).

Tabela 08. Categoria 08 - Opinião sobre a internação a longo prazo e fechada.

E. 1	Não concordo. A abstinência não deve ser a única forma de tratamento. Deve haver uma forma de tratamento diferenciada, para cada caso um projeto terapêutico singular.
E. 2	Não podemos ter como único objetivo a abstinência, pois a maioria das vezes a pessoa que é internada ela não quer a internação, quem tem esse desejo é a família, pois já está “cansada”. Precisamos focar o cuidado em reduzir os danos causados por essa dependência, realizar orientações a ele e família, e assim aos poucos fazer o usuário se autoavaliar, podendo o profissional traçar um plano de cuidados respeitando as necessidades desse sujeito.
E. 3	Não concordo, é preciso tratamento medicamentoso, também vai depender do grau de uso.
E. 4	Não concordo com este tipo de tratamento, a menos que seja da vontade do usuário. Pode ter uma instituição de portas abertas com recursos como psiquiatra, psicólogo, enfermeiros e assistente social.
T. 1	Não concordo com a abstinência total, porém concordo com a internação de longo prazo.
T. 2	Estas internações, em minha opinião, não têm valor. Quando o paciente é somente medicado ou tratado somente no período que está no hospital, por exemplo, e não se tem seguimento após, uma continuidade e volta às drogas.
T. 3	Isto vai depender de cada um. Algumas pessoas vão aguentar ficar sem usar a substância. Outras, a retirada não pode ser feita de forma brusca podendo gerar até convulsões pela abstinência.
T. 4	Não concordo porque a pessoa vai para um ambiente diferente, com pessoas estranhas. É importante manter contato com familiares e amigos. Não deve ser retirada a substância de uma só vez, de forma brusca.
T. 5	Não concordo, pois ao retirar a substância deve-se dar um suporte bem intenso. O suporte refere-se a profissionais especializados na área e medicamento.

T. 6	Negativo. Quanto mais alterar a sua rotina, mais chance vai ter no convívio familiar e social. Propor novas portas, estudos, cursos profissionalizantes, atividades de lazer.
T.7	Ele precisa apresentar risco de vida ou estar colocando em risco a vida de outras pessoas, tratamento médico com uso de medicação continuada, ter fracassado em várias tentativas de abstinência, conflitos com a família.

A maioria dos entrevistados (09), não concordam com internações de longo prazo e fechada tendo a abstinência como única forma de tratamento, 01 concorda com a internação somente se o usuário de drogas apresentar risco de vida ou colocar em risco a vida de outras pessoas e 01 diz que isto vai depender da pessoa.

“Ele precisa apresentar risco de vida ou estar colocando em risco a vida de outras pessoas, [...], ter fracassado em várias tentativas de abstinência” (T. 7).

Observa-se que a opinião da maioria dos entrevistados está em sintonia com o que afirma o Ministério da Saúde, ou seja, quando se trata de cuidar de vidas humanas, a abstinência não pode ser o único objetivo a ser alcançado. Além disso, deve-se, necessariamente, lidar com as singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas por cada indivíduo. Desta forma, as práticas de saúde, em qualquer nível de ocorrência, devem levar em conta esta diversidade, devem acolher cada usuário sem julgamento, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Tabela 09. Categoria 09 - Opinião sobre a Unidade Básica de Saúde ser a porta de entrada para pessoas com demandas pelo uso de drogas.

E. 1	O próprio nome diz, é básico. Então, assim como qualquer outra doença, os transtornos mentais e demandas pelo uso de drogas devem passar pela UBS.
E. 2	Na unidade básica se trabalha com o cuidado no território, através disso podemos criar um vínculo com os usuários, e assim realizar a assistência de forma mais efetiva.
E. 3	É importante a Unidade Básica ser a porta de entrada para fazer os primeiros atendimentos (escuta, acolhimento, encaminhamento). A UBS vai acompanhar esta paciente mesmo depois de ser atendido por especialista (psiquiatra ou casa de apoio). Referência e contra referência.
E. 4	É a porta de entrada, mas falta muito para ter um atendimento de qualidade. O atendimento de qualidade refere-se a ter uma sala própria para atendimento dos usuários, tempo disponível para um atendimento de qualidade e ter um profissional de referência (profissional da área de saúde mental).
T. 1	Sim, realmente é a primeira porta de entrada, porque é o primeiro contato com os técnicos, enfermeiros e médicos. Fazer os encaminhamentos. A equipe pode acolher e fazer os primeiros atendimentos.
T. 2	Acho que, muitas vezes, o caso quando chega a UBS já está bem agravado por nossos governantes. Não oferecem profissionais e outros na prevenção.
T. 3	Boa. Deve haver uma porta de entrada, porém aqui trabalhamos com encaminhamentos (Hospital Samária) ou psiquiatra, pois não tem psiquiatra na UBS.
T. 4	Isso é bom, facilita para a família. É um ponto de partida para tratamento.
T. 5	Há uma longa distância, pois não estamos preparados para identificar e agir com este público. Alguns profissionais até conseguem identificar, mas são poucos.

T. 6	Deveria ser. Acho que não acontece hoje, preconceito e vergonha do usuário.
T.7	Seria muito bom, mas precisaria de espaço físico adequado e profissionais capacitados.

A maioria dos entrevistados (08) concorda e tem uma opinião positiva sobre a Unidade Básica de Saúde ser a porta de entrada para pessoas com demanda pelo uso de drogas.

A Atenção Básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que compreende a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2013).

“Sim, realmente é a primeira porta de entrada, porque é o primeiro contato com os técnicos, enfermeiros e médicos. Fazer os encaminhamentos. A equipe pode acolher e fazer os primeiros atendimentos” (T.1).

Do restante dos entrevistados, 01 respondeu que não é a porta de entrada para os usuários, pois eles têm vergonha e preconceito, 01 respondeu que a UBS não está preparada para receber esta população por falta de estrutura física adequada e 01 respondeu que faltam profissionais qualificados.

Apesar da maioria dos entrevistados concordarem que a UBS é a porta de entrada para as pessoas com demanda pelo uso de drogas, o Ministério da Saúde destaca que a procura dos serviços de saúde pelos usuários de álcool e outras drogas tem sido descrito como baixo. Conforme o Ministério da Saúde, muitos usuários de drogas não compartilham da expectativa e desejo de abstinência dos profissionais de saúde, e abandonam os serviços. Outros não procuram tais serviços, por não se sentirem acolhidos em suas diferenças. Deste modo, a adesão ao tratamento ou a práticas preventivas e de promoção é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar do usuário de drogas (BRASIL, 2003).

Conclusão

O presente estudo buscou investigar as representações sociais da equipe de enfermagem sobre o usuário de drogas em uma Unidade Básica de Saúde. Os dados apreendidos confirmam outros resultados já discutidos em pesquisas anteriores encontradas na

literatura, ou seja, na percepção dos entrevistados os usuários são pessoas fragilizadas que precisam de ajuda, que estão em busca de prazer, usam drogas por influência de outras pessoas, usam em razão de conflitos familiares ou porque são curiosas.

A opinião dos entrevistados sobre a influência das representações sociais no atendimento ao usuário de drogas ficou dividida, assim, uma parte acredita que as representações interferem no atendimento e outra parte acredita que não interferem.

No que se refere ao atendimento dos usuários de drogas, verificou-se que as representações sociais da equipe são de que o usuário de drogas é um paciente como outro qualquer e como tal deve ter um atendimento eficiente, ou seja, os profissionais devem fazer o acolhimento, a escuta, a orientação e, ainda, a equipe deve estar disponível para atender sempre que ele precisar. Todavia, também há alguns relatos de que faltam profissionais capacitados para lidar com esta clientela.

Ficou evidente, também, que há uma forte cultura quanto a encaminhamentos dos usuários de drogas ao médico da unidade para tratamento com medicamentos. Estes resultados indicam que, mesmo o enfermeiro sendo o primeiro contato do usuário com a Unidade Básica de Saúde e que o acolhimento e a escuta ocorram, ainda há uma concepção de cuidado centrado no médico e com medicamentos.

É importante ressaltar que esta pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte no interior de Santa Catarina, onde as pessoas geralmente se conhecem, faz-se necessário mais pesquisas que contemplem as representações sociais dos profissionais da enfermagem sobre os usuários de drogas, uma vez que a aquisição deste conhecimento pode servir de subsídios para criar políticas públicas que beneficiem o atendimento a esta população.

REFERÊNCIAS

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BLOGOSLAWSKI, Iلسon Paulo Ramos; FACHINI, Olímpio; FAVERI, Helena Justen de. **Educar para a pesquisa**: normas para a produção de textos científicos. 3. Ed. Ver. Ampl. Atual. Rio do Sul: Nova Letra, 2008.

Brasil. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. Brasília:Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf. Acesso em: 19 de fev. de 2015.

BRASIL. **Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006**. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004_2006/Lei11343.htm. Acesso em: 24 de set de 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES Nº 3, de 7 de novembro de 2001**: Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Disponível em: portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/cse03.pdf. Acesso em 18 de ago de 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de estrutura física**. Disponível em: bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/manual. Acesso em: 03 nov 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto ajude-Brasil: avaliação dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Pacto pela Saúde – **Política Nacional de Atenção Básica**. Volume 4. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1021. Acesso em: 12 de mai de 2015.

BRASIL. **Política de Redução de Danos** – Ministério da Saúde. Disponível em: bvsmg.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prt1028_01072005.pdf. Acesso em: 29 out 2015.

BRASIL. **Portaria GM Nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011**. Disponível em: http://bvsmg.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html. Acesso em: 24 de set de 2015.

CEBRID – Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas. **II Levantamento sobre Drogas Psicotrópicas no Brasil**. 2005. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/> Acesso em: 22 de abr. de 2015.

CARLINI, E. A; GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R. **II Levantamento Domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país – 2005**. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

CARNEIRO, Henrique Soares. **As drogas e a história da humanidade**. Disp. em:http://conselheiros6.nute.ufsc.br/ebook/medias/pdf/as_drogas_e_a_histaoria_da_humanidade_revista_dialogos.pdf. Acesso em 19 de ago de 2015.

CARRARO, Telma Elisa; RASSOOL, Goolan Hussein; LUIS, Margarita Antonia Villar. **A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.13, n. spe, p. 863-871, Oct. 2005. Availablefrom<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700014&lng=en&nrm=iso>.acesso em: 19 Aug. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692005000700014>.

COUTINHO, MPL; ARAUJO, LF; GONTIÈS, B. **Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários**. Psicol. Estud, 2004, vol.9 n.3, PP. 469-477.

CRUZ, Marcelo Santos. **O cuidado ao usuário de drogas na perspectiva da atenção psicossocial**. IN Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças

comunitárias/Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6ª edição. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC,2014.

DIEHL, Alessandra; LARANJEIRA, Ronaldo. **Tratamento farmacológico da síndrome de dependência do álcool**. IN Tratamento farmacológico para dependência química: da evidência científica à prática clínica/Alessandra Diehl...[et al.]. Pag. 102-123. Porto Alegre: Artmed, 2010.

FARR, Robert M. **Representações Sociais: a teoria e sua história**. In. Textos em Representações sociais/Pedrinho A. Guareschi, Sandra Jovchelovitch (orgs). 14. ed. Petropolis, RJ: Vozes, 2013.

FONSECA, Aline Arruda da; AZEVEDO, Regina lígiaVanderley de; ARAUJO,Ludgleydson Fernandes de; oliveira, SuennyFonsêca de Oliveira; COUTINHO, maria da Penha de Lima. **Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha**. Estudo em psicologia. (Campinas) [online]. 2007, vol. 24, n.4, PP. 441-449.

GELBCKE, Francine Lima; PADILHA, Maria Itayra Coelho de Souza. **O fenômeno das drogas no contexto da promoção da saúde**. Disponível em: Texto& Contexto Enfermagem, vol. 13, núm. 2, abril-junho, 2004, pp. 272-279, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. Acesso em: 07 de mai de 2015.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Disponível em: bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rae/article/download/.../36927. Acesso em: 26 out 2015.

GROSSI, Fernando Teixeira; OLIVEIRA, Rafael Miranda de. **Manejo Clínico do Usuário de Crack**. Dispon Disponível em: www.fhemig.mg.gov.br. Acesso em: 30 out 2015.

JODELET, Denise. **Representações sociais: um domínio em expansão**. In. JODELET, Denise (org). As representações sociais. Rio de Janeiro: ed. UERJ, 2001.

MACRAE, Edward. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. IN. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6ª edição. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC,2014.

MARANGONI, Sônia Regina; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de. **Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres**. Texto contexto–enfermagem.Florianópolis, v. 22,n.03 set.2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 19 de fev de 2015.

MAXIMIANO, Vitore André Zílio; PAIVA, Luiz Guilherme Mendes de. **Os instrumentos legais e as políticas sobre drogas**. IN. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 6ª edição. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC,2014.

MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; FERRO, Bruno Guedes; buchele, fátima; OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; Maria Jacirema Ferreira Gonçalves. Enfermeiro de Saúde da Família na Amazônia: conceitos e manejo na temática do uso de álcool. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 926-932, Aug. 2011 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400019&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Oct. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000400019>.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Petrópolis: Editora Vozes, 2003.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Editado em inglês por Gerard Duveen: traduzido do inglês por Pedrinho A. Guareschi. 10 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O conceito de Representações Sociais dentro da sociologia clássica**. In. Textos em Representações sociais/Pedrinho A. Guareschi, Sandra Jovchelovitch (orgs). 14. ed.Petropolis, RJ: Vozes, 2013.

OLIVEIRA, Walter Ferreira de Oliveira; CARNEIRO, Henrique. **Álcool e outras drogas**: da coerção à coesão. Disponível em: <https://unasus.ufsc.br/alcooleoutrasdrogas/files/2015/03/Modulo-1.pdf>. Acesso em: 22 de abr de 2015.

REZENDE, Manuel Morgado. **Modelos de análise do uso de drogas e de intervenção terapêutica: algumas Considerações**. Disponível em: periodicos.unitau.br. Acesso em: 01 nov 2015.

RONZANI, Telmo Mota. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas**: guia para profissionais e gestores / Telmo Mota Ronzani, Ana Regina Noto, Pollyanna Santos da Silveira ; colaboradores Ana Luísa MarlièreCasela ... [et al.] – Juiz de Fora: Editora UFJF, 2014.

ROCHA, Ruth Mylius. **Enfermagem em saúde mental**. 2. ed. Rio de Janeiro: Senac Nacional, 2012.

SANTOS, Gisele do Rocio Cordeiro Mugnol. **Orientações e dicas práticas para trabalhos acadêmicos**.Gisele do Rocio Cordeiro Mugnol Santos; Nilcemara Leal Molina; Vanda Fattori Dias. Curitiba: Ibpex, 2007.

SPINK, Mary Jane. P. **O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial**. Disponível em: www.scielosp.org/pdf/csp/v9n3/17.pdf Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 9 (3): 300-308, jul/sep, 1993. Acessado em: 19 de fevereiro de 2015.

UNODC. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime. **Relatório Mundial sobre Drogas**. Brasília (DF); Disponível em: <http://www.unodc.org>. Acesso em: 11 mar. 2015.

VARGAS, Divane de et al . **Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 242-248, June 2013 .

Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 Aug. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200006>.