

ESCOLA DE ENFERMAGEM AURORA DE AFONSO COSTA



CARACTERIZAÇÃO DE LOS TOXICÓMANOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS

Helder de Pádua Lima

padua_helder@hotmail.com
Universidade Federal do Ceará
CE, Brasil

Jaqueline Queiroz de Macedo

jaquelineqmac@gmail.com
Universidade Federal do Ceará
CE, Brasil

Violante Augusta Batista Braga

violantebraga@superig.com.br
Universidade Federal do Ceará
CE, Brasil

Aline Mesquita Lemos

alinemcastro@hotmail.com
Universidade Federal do Ceará
CE, Brasil

Ivando Amâncio da Silva Júnior

ivandojunior@hotmail.com
Universidade Federal do Ceará
CE, Brasil

CARACTERIZACIÓN DE LOS TOXICÓMANOS ATENDIDOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS – ESTUDIO DOCUMENTAL



RESUMEN

Se objetivó trazar la caracterización de las mujeres drogadictas atendidas en el centro de atención Psicosocial alcohol y otras drogas (CAPSad) del municipio Caucaia – Ceará. Este es un estudio documental y retrospectivo, basado en las informaciones colectadas en 102 prontuarios de usuarias registradas entre 2004 e 2008. Los datos fueron organizados en el programa Statical for Social Science, representados por tablas y cuadros, analizados de acuerdo con la estadística descriptiva. Los resultados muestran elementos que contribuyeron para la vulnerabilidad de las mujeres para el uso de drogas psicoactivas, predisponiéndolas a la dependencia química. Algunos de esos aspectos pueden haber sido determinantes en la búsqueda y permanencia en el servicio. El estudio es imprescindible para que se piense en la salud de la mujer de manera más amplia. Conocimientos sobre esta temática permiten la elaboración de prácticas en la salud que pueden mejorar y modificar el acceso de la mujer drogadicta a la red de salud mental.

Descriptor: Trastornos relacionados al uso de sustancias; mujeres; servicios comunitarios de salud mental; enfermería.

INTRODUCCIÓN

En el campo del cuidado de la salud mental, muchas veces las puertas no están abiertas de forma igualitaria para la entrada de los usuarios a cualquier momento, en los servicios típicamente substitutivos, como los Centros de Atención Psicosocial (CAPS). Eso, por sí solo, evidencia que grandes problemas a ser enfrentados, además de la implantación de una red de atención comunitaria, son aquellos vinculados a la igualdad y a la accesibilidad y sus barreras, en lo que se refiere a la producción del

cuidado integral en la salud mental, para contemplar los principios de la Reforma Psiquiátrica en el país. Esa experiencia demuestra dificultades para operar los cambios de los paradigmas en la atención a la persona que convive con el sufrimiento psíquico.

Inseridos en el contexto del tratamiento de la dependencia química, notamos la necesidad de reflexionar sobre la accesibilidad de drogadictas al servicio de salud, en la perspectivas de género, considerando tanto la percepción de la mujer sobre lo que le es ofrecido en el Centro de Atención Psicosocial alcohol y otras drogas (CAPSad) – su vivencia y participación en acciones de salud mental en servicios comunitarios – como también la atención profesional dispensada a tales usuarias, profesionales dentro de los cuales se encuentra el enfermero, como componente del equipo multiprofesional.

Factores culturales como el ambiente predominantemente masculino, discriminación y prejuicios, además de un espacio que ni siempre garantiza el recibimiento necesario y la posibilidad de expresión de la mujer drogadicta, interfieren en la accesibilidad a los servicios de salud y en la igualdad de la atención⁽¹⁾.

El estudio sobre las interfaces entre género y dependencia química se muestra relevante, teniendo en vista que en el contexto de la salud de la mujer, el uso y el abuso de drogas por esta población se ha hecho predominante, relacionándose al contexto cultural, social, familiar e individual, que están interaliados a factores de riesgos, como el uso del cuerpo para obtener droga, prostitución y enfermedades sexualmente transmisibles⁽²⁾.

Ese estudio parte de nuestra experiencia como enfermeros actuantes en los dispositivos de la red de salud mental del municipio Caucaia – Ceará: unidades básicas de salud de la familia, CAPS, hospital clínico, además de otras organizaciones, como grupos de autoayuda. En lo cotidiano de esta práctica, notamos el predominio de la población masculina entre los que buscan tratamiento para la dependencia química en el CAPSad; por otra parte las mujeres buscan tratamiento, pero permanecen en él por menos tiempo. Tales circunstancias fomentan una demanda reprimida de mujeres que, muchas veces, reciben cuidados, sólo a través de visitas domiciliarias. Eso contribuye para la vulnerabilidad a problemas sociales, ocupacionales, familiares, físicos, legales y relacionados con la violencia.

En la red de salud mental del municipio referido, la mayoría de los servicios específicos para el tratamiento de dependientes químicos se destina claramente a la población masculina debido a la

menor demanda femenina y por la inadecuación de la estructura física (sin definición de espacios separados por sexo). Mediante tales obstáculos en la accesibilidad de drogadictas al tratamiento, surgió la siguiente pregunta: ¿Cuál es el perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres que buscaron tratamiento en el CAPSad?

En la búsqueda de respuesta, se desarrolló este estudio, objetivando discutir la caracterización de las mujeres drogadictas atendidas en el CAPSad de Caucaia, en la perspectiva del género.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio del tipo documental, retrospectivo, desenvuelto en el CAPSad tipo II, localizado en Caucaia, región metropolitana de Fortaleza - Ceará.

La población del estudio fue representada por el total de prontuarios contenidos en el SAME (Servicio de Archivo Médico y Estadístico) y la muestra fue seleccionada con base en el siguiente criterio de inclusión: prontuarios de mujeres registradas en el periodo delimitado entre Enero del 2004 a Diciembre del 2008. Fueron utilizados 102 prontuarios.

La recolecta de datos fue realizada durante un mes, utilizándose un formulario patrón con la intención de rescatar informaciones sobre los datos sociodemográficos y aspectos clínicos de las mujeres en cuestión. Las informaciones fueron organizadas en el programa *Statistical for Social Science* – SPSS (versión 13), representadas por tablas y cuadros y analizadas de acuerdo con la estadística descriptivas, que se caracteriza por el análisis de datos, de forma a que se obtuviese una visión global de la variación de los valores.

Los datos fueron fundamentados con base en la literatura seleccionada, que abordaba la temática en estudio, encontrada en las siguientes bases de datos: BIREME, SciELO e BVS (Biblioteca Virtual en Salud). Para la búsqueda del material teórico, fueron utilizados los descriptores 'mujeres', 'salud mental' y 'trastornos relacionados al uso de drogas'.

Se resalta que fueron obedecidos los preceptos de la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud. La pesquisa fue iniciada solamente después de la aprobación del Comité de Ética en Pesquisa de la Universidad Federal de Ceará, sub protocolo 198/08, para garantía de los referenciales básicos de la bioética, que significa, autonomía, no maleficencia, benevolencia y justicia⁽³⁾.

Resultados

La presentación de los resultados se inicia con la caracterización sociodemográfica de la clientela femenina asistida en el servicio y prosigue con los aspectos clínicos prevalentes en esta.

Tabla 1 – Distribución de la muestra según las características sociodemográficas. Caucaia – Ceará, 2011. N=102

| Variables | | N | % | Variables | | N | % |
|---------------------|---------------------|------|------|--------------------------|----------------------|-------|------|
| edad (en años) | Até 17 | 07 | 6,8 | Proceden- Caucaia | | 97 | 95,0 |
| | 18 – 30 | 37 | 36,2 | | Otros municipios | 05 | 5,0 |
| | 31 – 40 | 12 | 11,7 | Estado ci- Soltera | | 35 | 34,3 |
| | 41 – 50 | 22 | 21,5 | | | 18 | 17,6 |
| | 51 – 59 | 20 | 19,6 | | Casada | 10 | 9,8 |
| | Igual o mayor de 60 | 04 | 3,9 | | Divorciada/ separada | 06 | 5,8 |
| Escolaridad | Analfabetismo | 22 | 21,5 | Unión amigable | | 33 | 32,3 |
| | Fundamental | 48 | 47,0 | | | 78 | 76,4 |
| | Fundamental | 04 | 3,9 | Mora con Familia nuclear | 12 | 11,7 | |
| | Enseñanza me- | 12 | 11,7 | Familia extensa | 02 | 1,9 | |
| | Enseñanza me- | 04 | 3,9 | Amigos | 04 | 3,9 | |
| | Enseñanza supe- | 02 | 1,9 | Sola | 06 | 5,8 | |
| | No consta | 10 | 9,8 | No consta | 10 | 9,9,0 | |
| Profesión/ocupación | Ama de casa | 25 | 24,7 | Renta | 1 | 1,0 | |
| | Desempleada | 37 | 36,2 | 1 Sueldo mínimo | 1 | 1,0 | |
| | Estudiante | 08 | 7,8 | | | | |
| | Beneficiaria | 04 | 3,9 | | | | |
| | Vendedora | 06 | 5,8 | | | | |
| Otras | 22 | 21,5 | | | | | |

*Instituto Nacional de Seguro Social

De acuerdo con la tabla 1, se evidencia una mayoría (36,2%) de mujeres en la faja etaria comprendida entre 18 e 40 años. En la muestra, 42 personas (21,5%) pertenecían a la faja etaria comprendida entre 41 e 59 años, intervalo de tiempo en que generalmente ocurre el climaterio (menopausia). Además de eso, se identificaron 04 ancianas y 07 adolescentes. Las mujeres tenían

bajos índices de escolaridad. Esto refleja poca calificación profesional y, consecuentemente, menores oportunidades de trabajo y mayor índice de desempleo (36,2%). La mayoría (47,0%) no había concluido la enseñanza fundamental, 21,5% eran analfabetas y 34,3% estaban solteras. El mayor contingente de la muestra (90,2%) vivía con su familia o amigos.

De la demanda atendida en el servicio, 95% procedía del municipio de Caucaia y el resto a otros siete municipios pertenecientes a la 2ª Célula Regional de Salud (CRES) del Estado. Sólo un prontuario contenía información sobre el valor de la renta mensual, lo que torna cuestionable la investigación o el registro de esa información. Muchas veces, es necesario desplazarse por medio del transporte urbano para llegar al CAPSad, comprar medicamentos no disponibles en el servicio público de salud, además de asumir otros gastos con tratamiento y rehabilitación. Deben ser investigadas las formas de obtención de drogas por parte de las usuarias, para la preservación de su salud y su integridad psicosocial, teniendo en cuenta que muchas de ellas se envuelven prácticas de robos, hurtos, asaltos, situación en la calle, prostitución y otras.

Cuadro 1 - Distribución de la muestra según droga(s) psicoactiva(s) usada(s) y problema(s) decurrente(s) del uso o abuso de sustancia psicoactiva. Caucaia – Ceará, 2011. N=102

| Variables | N | Variables | N |
|----------------------------------|----|--|----|
| Droga(s) psicoactiva(s) usada(s) | | Problema(s) decurrente(s) del uso o abuso de sustancia psicoactiva | |
| Bebida Alcohólica | 73 | Clínicos** | 58 |
| Marihuana | 46 | Trastornos mentales | 56 |
| Psicotrópicos* | 38 | Tentativa de suicidio | 30 |
| Tabaco | 72 | Agresividad | 36 |
| Crack | 34 | Mentiras | 20 |
| Cocaína | 21 | Familiares, parientes | 50 |
| Solvente | 07 | En la justicia | 07 |
| Cola | 04 | Asaltos/robos | 01 |
| Analgésicos | 03 | Trabajo | 11 |
| | | Financiero | 15 |
| | | No consta | 09 |

* Benzodiazepínicos mayoritariamente; ** Quemaduras, convulsiones, vómitos, neumonía, gastritis y úlceras mayoritariamente; ***Trastornos de ansiedad y de humor mayoritariamente.

Conforme el Cuadro 1, alcohol, tabaco y psicotrópicos eran las drogas lícitas más usadas. Dentro de las drogas ilícitas, marihuana, crack y cocaína fueron las más registradas, respectivamente. Los problemas más registrados, decurrentes del uso o abuso de sustancias psicoactivas, fueron:

enfermedades clínicas, trastornos mentales, problemas en la convivencia social – en la familia y círculos de amistades – y comorbidades psiquiátricas, sobre todo los trastornos de ansiedad y humor.

Tabla 2 - Distribución de la muestra según el motivo para la búsqueda del servicio, hipótesis diagnóstica, tiempo de abstinencia a la droga de abuso, realización de tratamiento anterior y plan terapéutico. Caucaia – Ceará, 2011. N=102

| Variables | | N | % |
|-------------------------------------|--|----|------|
| Motivo para la procura del CAPSad | Decisión propia | 61 | 59,8 |
| | Síntomas correlacionados | 18 | 17,6 |
| | Influencia de la familia | 07 | 6,8 |
| | Encaminamiento judicial o de la red social | 07 | 6,8 |
| | Terapia medicamentosa | 04 | 3,9 |
| Hipótesis Diagnóstica | Dependencia de tabaco | 10 | 9,8 |
| | Dependencia de alcohol | 24 | 23,5 |
| | Dependencia de benzodiazepínico | 11 | 10,7 |
| | Dependencia de múltiples drogas | 45 | 44,1 |
| | Dependencia de <i>crack</i> | 01 | 0,9 |
| | Otras psicopatologías | 03 | 2,9 |
| | No consta información | 08 | 7,8 |
| Tempo de abstinencia a la droga de | Ningún día | 06 | 5,8 |
| | 1 a 15 días | 26 | 25,4 |
| | 16 e 30 días | 06 | 5,8 |
| | 31 e 90 días | 19 | 18,6 |
| | 90 días e 363 | 17 | 16,6 |
| | Arriba de 1 ano | 07 | 6,8 |
| | No consta la información | 21 | 20,5 |
| Realización de tratamiento anterior | No | 65 | 63,7 |
| | Sí | 24 | 23,5 |
| | No consta la información | 13 | 12,7 |
| Plano Terapéutico* | Intensivo | 27 | 26,4 |
| | Semi-intensivo | 34 | 33,3 |
| | No-intensivo | 21 | 20,5 |
| | No consta la información | 15 | 14,7 |

*régimen intensivo (usuario que frecuenta diariamente el servicio), semi-intensivo (tres veces por semana) y no-intensivo (una vez al mes).

Según la tabla 2, 61 mujeres (59,8%) buscaron voluntariamente el tratamiento, 18 (17,6%) por síntomas correlacionados a la dependencia química y 07 (6,8%) por influencia directa de la familia. En otros 07 (6,8%) casos hubo encaminamiento judicial o de la red social de apoyo y 04 (3,9%) creían que había terapia medicamentosa para la dependencia química.

Había un número significativamente mayor de poli usuarias de que monousuarias. Se resalta que 26 (25,4%) personas se mantuvieron en abstinencia por un período entre 1 a 15 días y 19 (18,6%) por un período comprendido entre 1 e 3 meses. La mayor parte (63,7%) de la muestra nunca había hecho cualquier tipo de tratamiento para dependencia química anteriormente al realizado en el CAPSad.

Por último, los prontuarios indicaban 90,2% de casos con plan terapéutico individualizado. Dentro de los tipos de planes terapéuticos trazados, el semi-intensivo se destacó en 33,3% de la muestra.

DISCUSIÓN

Considerándose la existencia de demanda femenina, su crecimiento y el derecho constitucional de acceso a servicios de salud, contemplado por el SUS, es intrigante la poca procura y permanencia de esta clientela en los CAPSad. A lo largo de cinco años "apenas" 102 mujeres, del total de ocho municipios, fueron al CAPSad de Caucaia.

El aumento de los indicadores de uso de drogas psicoactivas entre mujeres, además de los problemas decurrentes del consumo, ha sido cada vez más evidenciado en la literatura científica brasileña, lo que implica preocupación inmediata desde el punto de vista de la salud pública.

En la sociedad contemporánea, el consumo de drogas gana destaque por su complejidad y su expansión en todas las regiones del mundo, suscitando discusiones por parte de gestores, profesionales de salud y formadores de políticas públicas, con vistas a resolver e/o minimizar los inúmeros problemas consecuentes de su crecimiento. En el 2005, fue registrado un aumento global de 15 millones de personas en la faja etaria de 15 a 64 años, envueltas con el consumo de drogas, y en este contingente fue identificado el aumento del número de mujeres en relación al de los para algunos de drogas, especialmente las consideradas ilícitas⁽³⁾.

Parcela significativa de dependientes químicos parece postergar la búsqueda de tratamiento o simplemente no piensa en la posibilidad de tratarse. La negación de la gravedad es una de las barreras más citadas por drogadictos y usuarios ocultos a los servicios de salud. Calificar el

tratamiento como irrelevante para promover cambios de vida es otra alegación frecuente, cuando los usuarios optan por lidiar solos con el problema. Otras barreras pueden surgir después de la decisión de tratarse: listas de espera; recaídas durante la espera por turno; política de servicios que no "desintoxican"; burocracia; mujeres que no quieren ser atendidas por hombres o con pacientes hombres, que no tienen con quien dejar lo(s) hijo(s) durante el tratamiento y que tienen miedo del estigma⁽⁴⁾.

Os datos revelan el acometimiento de la mujer en varias etapas de su vida por la dependencia química, incluyéndose la menopausia. Esa es una fase que representa un marco en la determinación de mudanzas en la vida de la mujer, tanto en su papel social como en sus condiciones de salud. Muchos factores favorecen el origen de los cuadros psíquicos en el climaterio. Tabaquismo, abuso de drogas ilícitas y sexo desprotegido se muestran, directa o indirectamente, asociados a trastornos mentales en la mujer y se establecen como riesgo para otras condiciones deletéreas a la salud⁽⁵⁾.

En lo que se refiere a las adolescentes identificadas en la muestra, Se puede afirmar que, aunque habiendo una población actual de 324. 738 habitantes⁽⁶⁾, el municipio de Caucaia no dispone de CAPS infanto-juvenil, lo que indica una laguna en la atención direccionada a la salud de esa clientela en el contexto de la prevención y tratamiento de la dependencia química. A pesar de la alternativa de referenciar usuarias para acompañamiento en el municipio de Fortaleza-CE, factores como baja renta, dificultad de acceso y falta de apoyo familiar dificultan la participación en el servicio de salud y en la adhesión al tratamiento.

Tal evento es particularmente preocupante, pues las primeras experiencias con drogas ocurren, en la mayoría de las veces, en la adolescencia. En esta fase, el individuo se encuentra vulnerable desde los puntos de vista psicológico y social. Así, es de particular importancia estudiar esa población de forma minuciosa, principalmente en lo que se refiere al uso frecuente y pesado de drogas psicoactivas, e identificar la influencia de factores psicológicos y socioculturales⁽⁷⁾.

Factores protectores al uso de drogas pueden ser incorporados en las acciones de salud mental, aun en la red de atención básica, como forma de prevención. Dentro de tales factores, se citan: la familia (por el establecimiento de lazos afectivos entre sus miembros, monitoreo de las actividades y amistades del adolescente y construcción de conducta social adecuada); el involucramiento con la actividad escolar y/o religiosa; el acceso a las informaciones sobre el uso de drogas, etc⁽⁸⁾.

El consumo de drogas, sobretodo de alcohol, ha sido diseminado en diversas camadas sociales y la dependencia química ha acometido personas de diferentes niveles de escolaridad, remuneraciones y profesiones/ocupaciones.

O II censo domiciliar sobre el uso de psicotr6picos en Brasil, realizado en 2005, en las 107 mayores ciudades del pa3s, se3al6 que 12,3% de las personas con edad entre 12 e 65 a3os, eran dependientes de esas drogas, tasa superior a la de 11,2% encontrada en el I censo, hecho en 2000^(9,10).

Los trastornos relacionados al uso de alcohol afectan cinco veces m3s a los hombres que a las mujeres. Hombres son acometidos en edad m3s precoz, pero, una vez portadoras del trastorno, las mujeres tienen un progreso m3s r3pido de la enfermedad. A lo largo de los 3ltimos a3os, las personas han iniciado el consumo de alcohol cada vez m3s temprano, el riesgo de dependencia ha aumentado y el patr3n de uso de alcohol y dependencia entre las mujeres se vuelve semejante al de los hombres⁽¹¹⁾.

A partir de la d3cada de 60 del siglo pasado, la incorporaci3n de la mujeres al mercado de trabajo determin6 el cambio de sus h3bitos sociales (aumentando el consumo de alcohol y fumo). Se estima que de los 800 millones de tabaquistas mundiales, 250 millones sean del sexo femenino. En Brasil existen cerca de 36,5 millones de fumadores, de esos 40,4% sao mujeres⁽¹²⁾.

Las mujeres se convierten en blancos de inter3s especial de la industria del tabaco y una parcela significativa de la sociedad que consume tabaco. Tal pr3ctica viene siendo asociada al consumo de bebidas, incentivado por las grandes industrias de bebidas alcoh3licas que, por su vez, aumentan, a cada a3o, su producci3n. Esos hechos contribuyen para la universalizaci3n de los factores de riesgos y modificaci3n del perfil epidemiol3gico de enfermedades como las neoplasias, trayendo disminuci3n de la proporci3n de c3ncer entre hombres y mujeres⁽¹²⁾.

Varios elementos concurren para mayor susceptibilidad al tabaquismo, destac3ndose los cambios de la estructura de la poblaci3n, la mayor urbanizaci3n econ3micamente activa, el mayor acceso a la educada y a la propaganda.

Cuanto a los psicotr6picos, adolescentes del sexo femenino presentan un consumo mayor de ansiol3ticos y anfetam3nicos. Ya los benzodiazep3nicos son m3s consumidos por mujeres adultas. Se ha evidenciado, a3n, un elevado consumo de anorex3genos y el consumo de psicof3rmacos dos veces mayor en las mujeres de que en los hombres⁽¹³⁾.

Es necesario considerar que mujeres y hombres tienen, culturalmente, experiencias diferentes de vida y presentan diferentes respuestas a situaciones estresantes. La presencia más frecuente de síntomas/episodios depresivos entre mujeres sería responsable por lo menos en parte, por el uso mayor de antidepresivos. Asociado al hecho, las propagandas de medicamentos suelen estereotipar las enfermedades psicológicas como la depresión y la ansiedad como enfermedades femeninas⁽¹⁴⁾.

Además de eso, las mujeres drogadictas presentan necesidades que, a veces, no son notadas por los servicios especializados y que se relacionan a la condición reproductiva, atención a los niños, impacto de la violencia física y sexual vivida y tabús sociales⁽²⁾.

La dependencia a los benzodiazepínicos se ha intensificado en los ancianos, pudiendo ser estimulada por su uso continuo, siendo común entre las mujeres y en personas de baja escolaridad y renta. Sin embargo, ese trastorno ni siempre es notado, ocurriendo la no notificación en los prontuarios de ese tipo de dependencia. Se observa que, además del uso concentrarse en el sexo femenino, los benzodiazepínicos constituyen la cuarta droga más utilizada en la vida y tiene niveles de dependencia comparados a los de la marihuana⁽¹⁰⁾.

La contextualización del fenómeno indica que el uso de benzodiazepínicos no se restringe a una relación biológica de sus efectos, sino, a una interacción con lo cultural y lo social. Condiciones como género y el envejecimiento son relevantes para comprender el porqué del consumo de esos psicotrópicos. En los casos de dependencia, la manera como son consumidos se diferencia de las prescritas, siendo adaptada a la realidad y a las concepciones envolviendo el proceso salud/enfermedad del consumidor.

En lo que se refiere al proceso de la procura del tratamiento, se sugiere que la terapéutica favorezca, inicialmente, la concientización del drogadicto acerca de la dependencia y sus perjuicios. A partir de ahí, el tratamiento visaría promover un proceso de autoconocimiento y la búsqueda por otras fuentes de placer detrimento de un sentimiento de culpabilización⁽¹⁵⁾.

El drogadicto, muchas veces, se rehúsa a tratarse, aunque reconozca, mínimamente, que su estado requiere atención. Eso dificulta la entrada en el servicio de salud, que se da mucho más por el propio proceso de desgaste psicosocial y financiero, y de la atribución de la culpa a la familia y/o la transferencia de su condición a otros.

La actual política del Ministerio de Salud para la atención integral a usuarios de alcohol y otras drogas, está en concordancia con la política nacional de salud mental vigente, y tiende ser construida en la interface de programas con los demás ministerios, así como también, con los sectores de la sociedad civil organizada, y con acciones intentan contemplar grandes parcelas de la población. La estratégica del Ministerio no tiene la abstinencia como única meta viable y posible a los usuarios, sino, la reducción de daños a la salud causados por el uso de drogas.

Se considera que la dependencia química es un trastorno en que predomina la heterogeneidad, que afecta a las personas de diferentes maneras, por diferentes razones, en diferentes contextos y circunstancias. Muchos consumidores de drogas no comparten la expectativa y el deseo de abstinencia de los profesionales de salud, y a abandonan los servicios. Otros ni siquiera procuran tales servicios, pues no se sienten acogidos en sus diferencias. Entonces, el nivel de adhesión al tratamiento o a prácticas preventivas y de promoción es bajo, no contribuyendo para la reinserción social e familiar del usuario⁽¹⁶⁾.

Sobre los tratamientos realizados por profesionales de la salud, la mayor parte de los usuarios de drogas no se someten al tratamiento en los servicios de salud para dependencia de drogas, siendo que su primera opción es generalmente la religión, por ser algo gratuito, de fácil acceso e inmediato. Los pocos que buscan auxilio profesional enfatizan la dificultad de encontrar servicios públicos en su área y la demora para la marcación de consultas y posibles terapias⁽¹⁷⁾.

Dentro de los servicios especializados el CAPSad debe representar un apoyo al propiciar la planificación individualizada de la asistencia, de modo a reducir el estigma del tratamiento. En ese servicio, o enfermero, como integrante del equipo multiprofesional, debe actuar con el objetivo de fornecer cuidado volteado a las necesidades de cada individuo en el contexto en que está inserido, a partir de los principios defendidos por el movimiento de Reforma psiquiátrica, que incluyen acogimiento, vínculo, escucha, interdisciplinaridad, atención integral, inclusión social, rehabilitación psicosocial⁽¹⁸⁾.

No obstante, frente a la realidad impuesta por la perspectiva de género, se hace necesaria una discusión que envuelva, también, la formación profesional para que se pueda ultrapasar barreras referentes al cuidado votado a las necesidades de esa clientela cada vez más presente.

Existen varios modelos que subsidian la planificación de cuidados de la enfermería a la mujer drogadicta. Esta práctica debe considerar la necesidad de respuestas a las demandas específicas del

género e a la salud de esa mujer en particular, la accesibilidad de la misma al sistema de salud y la equidad de asistencia. Infelizmente se percibe que hoy, no siempre, las especificidades de las usuarias de sustancias psicoactivas han sido atendidas.

Los principios básicos para la asistencia a las usuarias de alcohol y otras drogas, no se diferencia de las demás áreas de la enfermería. Hay necesidad de promover la alianza terapéutica a través de un ambiente acogedor, de empatía (fundamental para a motivación), conduciendo al relacionamiento interpersonal, garantiendo al individuo asistencia integral y continua y contribuyendo para la competencia colectiva del trabajo del equipo. Es importante la comunicación terapéutica y el trabajo cooperativo. La mujer drogadicta debe ser entendida y abordada bajo la óptica de la totalidad y en una perspectiva holística que tiene como foco principal el ser humano en su comprensión y tratamiento del problema o incomodidad. En esa visión, el uso de la sustancia química es visto como el agente generador de maleficios, que necesita ser tratado de alguna manera, pero, innegablemente, el individuo debe recibir los aportes necesarios para alcanzar su equilibrio. En este sentido, el enfermero puede auxiliar en esa instrumentalización, incentivando y apoyando a las usuarias para que asuman la responsabilidad para la mejoría en la cualidad de su vida en todos los niveles⁽¹⁹⁾.

De ese modo, el enfermero, desde que capacitado, puede contribuir efectivamente con su práctica en esa área de gran relevancia social. El conocimiento sobre la categoría del género puede fornecer medios que subsidien su actuación, de acuerdo con las necesidades de las usuarias y de las directrices de salud.

CONCLUSIÓN

Los resultados evidencian elementos sociales que concurrieron para a vulnerabilidad de las mujeres para el uso y abuso de drogas psicoactivas, predisponiéndolas a la dependencia química. Algunos de esos aspectos pueden haber sido también determinantes para la búsqueda del servicio, además de reflejados en las características clínicas de la demanda estudiada.

La mujer dependiente química necesita de una atención diferenciada para sus demandas específicas, priorizando la promoción de la salud, auto-estima y reintegración social. A los profesionales, incluyendo los enfermeros, es de gran importancia la capacitación teórica para lidiar con los aspectos de género y las representaciones sociales inherentes a la mujer que procura tratamiento, y la

información como herramienta para adquirir sus derechos de ciudadana, para ser recolocada en la sociedad.

Es importante señalar el importante papel del equipo multiprofesional de los CAPSad, en el que se incluye el enfermero, para la comprensión y la incorporación de la perspectiva de género en sus acciones. Estudiar la realidad de mujeres usuarias de drogas psicoactivas y sus demandas es esencial para pensar en la salud de la mujer de manera más amplia. Conocimientos sobre la temática permiten la elaboración de prácticas en salud que puedan mejorar y modificar la accesibilidad de la mujer drogadicta a la red de salud mental, repercutiendo de manera positiva en la equidad de asistencia.

REFERENCIAS

1. Lima HP, Braga VAB, Gubert FA. Interface between gender and mental health in the voice of alcoholics: qualitative study. *Online Braz J of Nurs.* [serial on the Internet]. 2010, 9 (2) [acceso em 3 0 m a r ç o 2 0 1 0] . D i s p o n í v e l e m : <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2010.2907/665>>.
2. Oliveira JF, Paiva MS, Valente CLM. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciênc. saúde coletiva*, 2006, 11(2): 473-81.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
4. Fontanella BJB, Turato ER. Barreiras na relação clínico-paciente em dependentes de substâncias psicoativas procurando tratamento *Rev Saúde Pública*, 2002, 36(4): 439-47.
5. Cunha FMAM. Saúde física e mental de mulheres no climatério: análise sob o modelo de crenças em saúde [dissertação]. Fortaleza: Universidade de Fortaleza; 2008.
6. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2010. [internet]. 2010 [citado 2011 Jan 16] Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/dtbs/ceara/Caucaia.pdf>
7. Soldera M, Dalgalarondo P, Corrêa Filho HR, Silva C. Uso de drogas psicotrópicas por estudantes: prevalência e fatores sociais associados. *Rev Saúde Pública*, 2004, 38(2): 277-83.
8. Sanchez ZVM, Oliveira LG, Nappo SA. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004, 9(1): 43-55.
9. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. São Paulo: CEBRID, UNIFESP, SENAD; 2000.
10. Galduróz JC, Noto AR, Nappo S, Carlini EA. II Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. Brasília: SENAD; 2005.
11. Paz Filho GJ. Debate sobre o artigo de Delma Pessanha Neves. *Cad Saúde Pública* 2004 jan/fev; 20(1): 25-7.
12. Amorim Filho FS. Estudo de variáveis demográficas, ocupacionais eco-carcinogénicas no carcinoma espinocelular da base de língua nas mulheres. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.*, 2003, 69(4): 472-8.
13. Tavares BF, Beria JU, Lima MS. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes. *Rev. Saúde Pública*, 2001, 35(2): 150 – 8.

14. Nascimento AA, Guarido CF. Perfil farmacoterapêutico de pacientes atendidos na Clínica de Psicologia da Unimar no ano de 2005. *Rev. ciênc. farm. básica apl*, 2008, 29(3): 291-6.
15. Scaduto AA, Barbieri V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciênc. saúde coletiva*, 2009, 14(2): 605-14.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Sanchez ZM, Nappo AS. A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Rev Psiq Clín*, 2007, 34(1): 73-81.
18. Rocha RM. O enfermeiro na equipe interdisciplinar do Centro de Atenção Psicossocial e as possibilidades de cuidar. *Texto Contexto Enferm*, Jul-Set 2005, 14(3): 350-7.
19. Pillon SC, Luis MAV. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ago 2004, 12(4): 676-82.

Contribuciones de los autores: Concepción y diseño:1; Análisis e interpretación: 1,2,3,4; Redacción del artículo: 1,2,4,5; Revisión crítica del artículo: 1,2,3,4,5. Aprobación final del artículo: 1,2,3,4,5.