



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE
ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Co-orientadora: Prof^a Adj. Vera Therezinha Medeiros Borges

**Botucatu
2016**

Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA GESTANTES USUÁRIAS DE ÁLCOOL
E/OU OUTRAS DROGAS**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, para obtenção do título de Doutora em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Adj. Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Co-orientadora: Prof^a Adj. Vera Therezinha Medeiros Borges

Botucatu

2016

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSEMEIRE APARECIDA VICENTE-CRB 8/5651

Dal Pogetto, Máira Rodrigues Baldin.

Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de
álcool e/ou outras drogas / Máira Rodrigues Baldin Dal
Pogetto. - Botucatu, 2016

Tese (doutorado) - Universidade Estadual Paulista
"Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de
Botucatu

Orientador: Cristina Maria Garcia de Lima Parada

Coorientador: Vera Therezinha Medeiros Borges

Capes: 40600009

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Mulheres
grávidas. 3. Gravidez. 4. Usuários de drogas. 5. Pessoal
da área médica. 6. Pesquisa qualitativa.

Palavras-chave: Atenção à saúde; Gestante; Pesquisa
qualitativa; Profissional da saúde; Usuário de drogas.

Επίγραφε

Não sei quantas almas tenho

Não sei quantas almas tenho.
Cada momento mudçi.
Continuamente me eſtranho.
Nunca me vi nem acabei.
De tanto ſer, só tenho alma.
Quem tem alma não tem calma.
Quem vê é só o que vê,
Quem ſente não é quem é,

Atento ao que ſou e vejo,
Torno-me eſes e não eu.
Cada meu ſonho ou deſejo
É do que nasce e não meu.
Sou minha própria paisagem;
Aſſisto à minha paſſagem,
Diverſo, móbil e só,
Não sei ſentir-me onde eſtou.

Por iſſo, alheio, vou lendo
Como páginas, meu ſer.
O que ſegue não prevendo,
O que paſſou a eſquecer.
Noto à margem do que li
O que julguei que ſenti.
Relêio e digo: “Fui eu?”
Deus ſabe, porque o eſcreveu.

Fernando Pessoa

Dedicatória

Dedico esta tese
Primizamente ao maior presente que Deus me deu:

Mãe,

“Os nossos sonhos constituem a melhor e a mais doce parte da nossa vida”
Ernest Renan

Henrique,

Meu maior e mais profundo agradecimento vai para você, por existir e me fazer feliz.,
por ser meu “porto” em que posso ancorar para me abastecer de energia e afeto, por
me trazer sabedoria e entusiasmo. Enfim, por viver junto comigo esta caminhada,
tecendo e concretizando sonhos.

Mãe,

Meu mais profundo agradecimento por todo o amor e apoio impossível de nomear em
espaço tão curto e que se constitui precisamente naquilo que me permitiu chegar até
aqui, por acreditar em mim muito mais do que eu mesma, pelas oportunidades criadas
para oferecer-me educação de qualidade dentro e fora de casa e sobretudo por ser
essa mulher guerreira.

In memoriam, **minha gratidão a meu pai**, pela saudade infinita.

Samira,

Só nós duas entendemos a “dor e a delícia” da nossa relação! Obrigado por estar
sempre ao meu lado me dando apoio e carinho.

Zuleica,

Por sempre ter um gesto de carinho, apoio e dedicação sem fim.

Agradecimentos

Em especial a minha orientadora Prof.^a Dr.^a Cristina Maria Garcia de Lima Parada, por ser extremamente paciente em relação ao meu tempo interno. A sua disponibilidade foi sempre irrestrita nestes praticamente dez anos de trabalho juntas, compartilhando seu conhecimento e experiência. Obrigado por ajudar na construção do meu “eu” profissional.

Aos profissionais e as gestantes por permitirem executar suas opiniões e experiências.

A equipe do SAGUAP: minha co-orientadora Vera, Odete e Claudinha, obrigado por me acolherem.

As professoras Vera Tongte e Odete pela dedicação na qualificação, suas sugestões foram fundamentais na concretização desta tese.

A minha querida amiga Fernanda por ser essencial na construção desta tese, obrigado por se dedicar a ela. Sua amizade é peça fundamental na minha jornada.

A minha querida Telma, pela ajuda no início da fase de coleta de dados, por sempre torcer por mim, por ser essa amiga maravilhosa, disponível e com sábios conselhos. Alguns gestos fazem-nos perceber quanto algumas pessoas são especiais na forma de ser e como são bem vindas as suas ações.

As minhas amigas Edwa, Sabrina, “amiga gêmea” Heloísa, Daniellę Feitosa, Ana Lúcia, Danięla, Aline e Tricia por sempre acalmarem o meu coração e iluminarem o meu espírito.

Aos companheiros e amigos do “CÁIS Cantídio”: Rose, Janice, Marly, Silvinha, Patrícia e Fabiano, fica aqui o meu carinho e saudades imensa.

As minhas “mestres-amigas” Ilda e Marlizinha, por trazerem alegria para minha vida, por tantas vezes me acolherem e me oferecerem afeto.

Lista de Quadros e Figuras

LISTA DE QUADROS

Artigo I

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), p.40 participantes, métodos, resultados e conclusões.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos p.46 mencionados nos artigos selecionados.

Quadro 3. Descrição do desenho do estudo, instrumento de coleta de p.51 dados e grau de recomendação com nível de evidência científica.

LISTA DE FIGURA

Artigo I

Figura 1. Fluxo de seleção dos artigos da revisão sistemática p.38

Lista de Abreviaturas

LISTA DE ABREVIATURAS

AMA: Tratamento pelo aconselhamento médico
ASI: Índice de Gravidade de Toxicodependência
BIREME: Biblioteca Regional de Medicina
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde
CINAHL: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CM: Gestão de contingência
DeCs: Descritores em Ciências de Saúde
DSC: Discurso do Sujeito Coletivo
ECH: Expressões chave
EMBASE: Biomedical Database
FIOCRUZ: Fundação Osvaldo Cruz
GM/MS: Gabinete Ministro/Ministério da Saúde
IC: Ideia central
LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE: National Library of Medicine
MET-PS: Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional
MS: Ministério da Saúde
MTC: Comunidade Terapêutica Modificada
PAC: Centro de Dependência e Gravidez
PUBMED: National Library of Medicine
RAPS: Rede de Atenção Psicossocial
RAS: Redes de Atenção à Saúde
RBT: Tratamento Baseado em Reforço
SCIELO: Scientific Electronic Library Online
SUS: Sistema Único de Saúde
TAU: Tratamento Usual
TRS: Teoria da Representações Sociais
UC: Cuidados habituais
OMS: Organização Mundial da Saúde

Sumário

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
OBJETIVOS	23
MÉTODOS	24
RESULTADOS	31
Artigo I	
1. INTRODUÇÃO	34
2. MÉTODOS	35
3. RESULTADOS	39
4. DISCUSSÃO	52
5. CONCLUSÕES	56
REFERÊNCIAS	58
Artigo II	
1. INTRODUÇÃO	62
2. OBJETIVOS	63
3. MÉTODOS	63
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	66
5. CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	84
Artigo III	
1. INTRODUÇÃO	90
2. MÉTODOS	92
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	94
4. CONCLUSÕES	111
REFERÊNCIAS	113
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	116
ANEXOS	118

Resumo/Abstract

Dal Pogetto, MRB. **Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas**, Botucatu, 2016. Departamento de Saúde Coletiva. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Estadual Paulista – UNESP - Faculdade de Medicina de Botucatu.

Os registros do uso de drogas são conhecidos nas mais diversas culturas. No Brasil, o uso de álcool e/ou outras drogas tornou-se grave problema de saúde pública. Existe estimativa de que aproximadamente 90% das mulheres usuárias de drogas estejam em idade fértil. As gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas enfrentam diversos obstáculos no campo social e da saúde, fazendo-se necessário o desenvolvimento de estratégias que minimizem os danos biopsicossociais relacionados, de modo que o modelo de atenção seja focado nas necessidades de saúde dessas usuárias. Ou seja, é necessário que haja um olhar voltado à integralidade e às redes de atenção à saúde, em especial nas áreas de saúde mental e materno-infantil. Este estudo é composto por três artigos: o primeiro constitui revisão integrativa da literatura e buscou identificar na produção científica dos últimos dez anos (2004-2014), evidências sobre a melhor forma de tratamento não medicamentoso para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas; o segundo artigo objetivou compreender as experiências de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas atendidas nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP, quanto à gestação e à atenção à saúde recebida e o terceiro artigo teve como objetivo compreender as experiências dos profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP sobre o trabalho em rede para estas gestantes. Estes dois últimos artigos foram estudos do tipo qualitativo, e adotaram como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo. No estudo de revisão da literatura encontrou-se que a participação das gestantes em diversos programas de tratamento, por vezes com oferta de alguma forma de benefício, teve impacto positivo, podendo ser potencial fator de mudança de comportamento. Na perspectiva das gestantes, pôde-se apreender que, a despeito da existência de serviços com diferentes níveis de complexidade no município, voltados ao atendimento em saúde mental e na área materno-infantil e, conseqüentemente, às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, há problemas a serem superados, como perda de oportunidade de atendimento, desenvolvimento de atividades que podem afastar a gestante dos serviços de saúde, inadequação dos serviços e desarticulação entre eles. Quanto aos profissionais de saúde, emergiu sentimento de impotência diante do contexto do uso de drogas, como também a sensação da falta de uma política voltada a elas. Assim, a partir da análise dos três artigos pode-se observar a complexidade envolvida na assistência a esta população, sendo que nos discursos das gestantes e dos profissionais constataram-se dificuldades para o efetivo trabalho em rede de atenção à saúde. São escassos os estudos nesta área, mas algumas iniciativas em programas de tratamento demonstram que é possível para estas mulheres manterem-se abstinentes. É necessário que os serviços que assistem estas gestantes se conheçam de forma mais ampla, conheçam os seus propósitos e se comuniquem de maneira efetiva, para que o binômio mãe-bebê sejam assistidos integral e verdadeiramente.

Descritores: *Usuário de Drogas, Gestante, Profissional da Saúde, Atenção à Saúde, Pesquisa Qualitativa.*

Dal Pogetto, MRB. **Health care networks for pregnant women users of alcohol and/or other drugs**, Botucatu, 2016. Department of Public Health. Graduate Program in Public Health. Universidade Estadual Paulista - UNESP - Botucatu School of Medicine.

Records of drug use are known in many different cultures. In Brazil the use of alcohol and other drugs has become a serious public health problem. There is estimated that approximately 90% of drug users are women of childbearing age. Pregnant women users of alcohol and other drugs face a number of obstacles in the social and health making it necessary to develop strategies to minimize the related biopsychosocial damage focusing the care model on health needs of these users. In another words, it is needed a overlook facing the completeness and health care networks particularly in the areas of mental health, maternal and child. This study consists in three items: the first is an integrative literature review and sought to identify the scientific production of the last ten years (2004-2014), evidence on the best way to non-medication treatment for pregnant women users of alcohol and/or others drugs; the second article aimed to understand the experiences of pregnant women using alcohol and/or drugs treated in the public health services in Botucatu/SP as pregnancy and the health care received; the third study aimed to understand the experiences of health professionals who works in public health services in Botucatu/SP on networking for these pregnant women. The last two items were qualitative studies and adopted as a theoretical reference the Social Representations Theory as a methodological framework and the Collective Subject Discourse. In the literature review study found that the participation of pregnant women in various treatment programs, sometimes to offer some form of benefit, had a positive impact and may be potential behavior change factor. From the perspective of pregnant women, it could apprehend that, despite the existence of services with different levels of complexity in the municipality, aimed at meeting on mental health and maternal and child health and hence to pregnant women users of alcohol and/or other drugs, there are problems to be overcome, such as loss of service opportunity, development activities which can ward off the mother's health services, inadequate services and disarticulation between them. As for health professionals, emerged feeling of powerlessness in the face of the context of drug use, but also the feeling of the lack of a policy to them. Thus, from the analysis of the three articles can observe the complexity involved in assisting this population, and in the speeches of pregnant women and professionals found to difficulties for effective networking of health care. There are few studies in this area, but some initiatives demonstrate treatment programs it is possible for these women remain sexually abstinent. It is necessary for services that assist these pregnant women are known more broadly know their purpose and to communicate effectively, so that the mother-child binomial are fully serviced and truly.

Key words: *Drug Users, Pregnant Women, Health Personnel, Health Care, Qualitative Research.*

INTRODUÇÃO

O homem sempre buscou estados alterados de consciência, sendo que os registros do uso de drogas são conhecidos nas mais diversas culturas¹.

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), o uso de álcool e outras drogas tomou proporção de grave problema de saúde pública no país, nos diversos segmentos da sociedade, decorrendo da relação comprovada entre o consumo e agravos sociais. O enfrentamento deste problema constitui, também, demanda mundial: cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independente de idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo².

A prevalência de abuso de substâncias em jovens adultos de ambos os sexos aumentou acentuadamente ao longo dos últimos 20 anos³, havendo estimativa de que aproximadamente 90% das mulheres usuárias de drogas estejam em idade fértil⁴. Resultados da Pesquisa Nacional Americana sobre Uso de Drogas e Saúde indicou que 5,4% eram atuais usuárias de drogas com idades entre 15 a 44 anos⁵.

No Brasil, recente pesquisa conduzida pelo MS e pela Fundação Osvaldo Cruz (Fiocruz) sobre consumo de drogas, apontou que aproximadamente 13% das mulheres referiram estar grávidas no momento da entrevista e 60% das usuárias já haviam engravidado ao menos uma vez, desde que haviam iniciado o uso de crack e/ou similares⁶.

O abuso de drogas na gestação está relacionado a transtornos mentais na prole⁷. Resultados de pesquisas evidenciam que a exposição ao álcool durante a gravidez, mesmo em pequena quantidade, pode ser importante fator para o desenvolvimento de desvios de conduta dos filhos no final da adolescência, o que denota a importância de aconselhamento específico a mulheres grávidas⁸.

O impacto do abuso de tais substâncias na gravidez traz complicações, como o aumento no número de casos de doenças sexualmente transmissíveis e o descolamento prematuro de placenta. Em relação ao neonato, as complicações incluem a diminuição nos parâmetros de crescimento na infância, e efeitos comportamentais e cognitivos de diferentes ordens e magnitudes⁹.

No entanto, o número exato de mulheres usuárias de drogas é desconhecido e não apenas no Brasil, porque as estatísticas são baseadas em divulgação voluntária¹⁰. Algumas mulheres mantêm o uso de drogas ilícitas longe do seu ginecologista, por medo da estigmatização e discriminação¹¹. Outro dado difícil de obter é a proporção de grávidas que têm aborto espontâneo ou induzido pelo uso dessas substâncias¹².

Para enfrentar o enorme desafio representado pelo uso de álcool e outras drogas no Brasil, em 20 de maio de 2010 a Presidência da República publicou o Decreto nº 7.179, instituindo o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção ao uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários, bem como ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas¹³.

O problema da dependência química é complexo e superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde – voltadas à dependência – requer forte decisão dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano 2000, divulgou relatório anual abordando a questão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e propôs critérios para seu desenho, ainda que não citasse a palavra rede, mas integração do sistema¹⁴. Entende-se serem as RAS necessárias para restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde, propondo mudanças profundas que permitam superar a fragmentação vigente¹⁵.

Para enfrentamento do álcool e/ou outras drogas será importante o desenvolvimento das RAS, estratégia esta de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada. As RAS irão permitir o aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública, voltada à garantia de direitos constitucionais de cidadania, avançando na oferta e acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde¹⁶.

Diante deste contexto o MS publicou, em dezembro de 2010, a Portaria GM/MS nº 4.279, que estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS. Define, então, RAS como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de

apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado¹⁶.

No âmbito da Saúde Mental, o MS instituiu, a partir da Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do SUS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou outras drogas, ampliando e promovendo o acesso da população, de forma a garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território¹⁷.

Em relação aos objetivos da RAPS no contexto de álcool e/ou outras drogas, estão contemplados: promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e/ou outras drogas e reduzir danos provocados pelo seu consumo e promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e/ou outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária¹⁷.

No campo da atenção à gestante usuária de álcool e/ou outras drogas, à atenção à saúde deve incluir, para além das RAS e RAPS, a área da saúde da mulher, mais especificamente a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011¹⁸.

A Rede Cegonha tem como objetivo assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada na gravidez, parto e puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Sistematiza e institucionaliza o modelo de atenção ao parto e ao nascimento humanizado, que vem sendo discutido no país desde os anos 1990, com base no pioneirismo e na experiência de médicos, enfermeiros, parteiras, doulas, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, formuladores de políticas públicas, gestantes, ativistas e instituições de saúde, entre outros¹⁸.

Pelo exposto, é inquestionável a necessidade de um olhar voltado à integralidade e às redes de atenção à saúde, em especial nas áreas de saúde mental e materno-infantil, justificando a realização do presente estudo, voltado ao universo das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Tem-se por pressuposto que nem a Rede Cegonha, nem a Rede de Atenção Psicossocial, se articulam na atenção à saúde das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas no município de Botucatu, de forma a atender às necessidades das mesmas, de seus conceitos e de suas famílias em suas diferentes dimensões.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender aspectos relativos a integralidade da atenção às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, em município do interior paulista

Objetivos específicos

- I. Identificar na produção científica dos últimos dez anos (2004-2014), evidências sobre a melhor forma de tratamento não medicamentoso para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.
- II. Apreender as representações de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas atendidas nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP quanto à atenção à saúde recebida.
- III. Apreender as representações de profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP, nas áreas materno infantil e/ou de saúde mental, sobre o uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Para atingir ao objetivo específico “I”, foi realizada revisão integrativa da literatura; para os objetivos específicos “II” e “III”, foram desenvolvidos estudos com abordagem qualitativa, adotando-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Revisão integrativa da literatura

Na área da saúde, a complexidade e quantidade das informações, somadas ao tempo limitado dos profissionais, vêm demonstrando a necessidade de desenvolvimento de estudos concisos, tendo na revisão integrativa da literatura um instrumento para reunião, síntese e reflexão sobre determinada temática¹⁹. O Brasil é ainda carente de publicações que utilizam esse método no desenvolvimento de pesquisas²⁰, em especial na temática do presente estudo.

Perante a necessidade de garantir prática assistencial baseada em evidências científicas, esta técnica tem sido apontada como ferramenta essencial no campo da saúde, já que sintetiza as pesquisas disponíveis sobre determinado assunto e direciona a prática fundamentando-se em conhecimento científico²¹.

A discussão e interpretação dos resultados valorizam a comparação entre os estudos, à relação destes com o conhecimento científico, conclusões e implicações para a prática profissional apontadas pelos autores, bem como eventuais lacunas identificadas, com o propósito de embasar futuras pesquisas¹⁹.

A síntese dos resultados de pesquisas relevantes e reconhecidos mundialmente facilita a transferência de conhecimento novo para a prática, oferecendo aos profissionais de diversas áreas de atuação na saúde o acesso rápido aos resultados relevantes de pesquisas que fundamentam as condutas ou a tomada de decisão, proporcionando um saber crítico²⁰.

A combinação de dados de delineamento de pesquisa diversos é complexo e desafiador, portanto, a condução da revisão integrativa, a partir de inclusão

sistemática e rigorosa na abordagem do processo, resulta na diminuição de vieses e erros. Desse modo, a revisão integrativa é instrumento válido da Prática Baseada em Evidências²¹.

Para sua realização são previstas seis etapas: 1. identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; 2. estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; 3. definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; 4. avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; 5. interpretação dos resultados; 6. apresentação da revisão/síntese do conhecimento²⁰.

Teoria das Representações Sociais e Discurso do Sujeito Coletivo

Na pesquisa qualitativa, o objetivo é documentar e interpretar os aspectos do fenômeno estudado o mais completamente possível, tendo como partida o ponto de vista da pessoa, na tentativa de identificar características que fazem o fenômeno ser o que ele é²². Esse tipo de pesquisa parte do princípio de que os pensamentos para serem acessados precisam passar, previamente, pela consciência humana²³. De tal modo que existe a preocupação com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com significados, motivos, valores, atitudes correspondentes às relações, processos e fenômenos, que não podem ser trabalhados como variáveis²⁴.

A representação social é expressa como forma de conhecimento socialmente elaborado e compartilhado, com alcance prático, e contribui para a construção da realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou saber ingênuo, natural²⁵, é expressão filosófica que significa a reprodução de percepção anterior da realidade ou do conteúdo do pensamento, expressando a realidade, explicando-a, justificando-a ou questionando-a²⁴.

Do ponto de vista metodológico, adotou-se no presente estudo o DSC: forma de organizar e tabular dados qualitativos verbais, para se obter certo pensamento em escala coletiva. Parte do princípio que é preciso somar os discursos coletados por meio de questão aberta formulada a um conjunto de indivíduos, de forma que

tenha sido possível às pessoas expressarem seu pensamento e, portanto, elaborarem seu discurso²³.

No contexto do DSC, as expressões-chave (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que revelam a essência do depoimento. Portanto, é a matéria-prima para construção do DSC²³.

As ideias centrais (IC) revelam e descrevem, da maneira mais sucinta, precisa e fidedigna possível, o sentido dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH. Para a construção do DSC, são extraídos da íntegra de cada depoimento, após análise, os trechos que contenham as ECH. Esses trechos dos depoimentos serão limpos de particularidades, expressões e ideias repetidas e agrupados de acordo com a IC²³.

Deste modo, o DSC é um discurso-síntese que reúne as ECH/IC semelhantes e representa a fala social ou o pensamento coletivo, na primeira pessoa do singular²³.

Destaca-se que a aplicação da técnica do DSC a um grande número de pesquisas empíricas tem demonstrado sua eficácia para o processamento e a expressão de opiniões coletivas²³.

Local de realização, participantes do estudo e coleta de dados

Participaram do estudo qualitativo as gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas e os profissionais de saúde. Foi constituída amostra intencional destes grupos, considerando-se as possibilidades do município de Botucatu. Os serviços que atendem a esta população em Botucatu são: Serviço de Atendimento de Referência em Álcool e Drogas (SARAD), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad - “Renascer”), Hospital das Clínicas de Botucatu (Serviço de Atendimento a Gestante Usuária de Álcool e/ou outras Drogas – SAGUAD), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e as Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do município. As gestantes foram captadas de dois desses serviços e, quanto aos profissionais, optou-se por excluir apenas o SAGUAD, pela atuação da autora desta tese neste serviço.

Assim, as 10 gestantes e os 21 profissionais de saúde incluídos foram identificados para realização das entrevistas nos diferentes serviços de saúde do município de Botucatu.

O número de participantes, tanto de gestantes quanto de profissionais, foi estabelecido durante a coleta de dados, visto que se considerou o ponto de saturação teórica. Esta ferramenta conceitual é usada nas pesquisas qualitativas nos diferentes campos da saúde para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Considera-se haver saturação quando os dados obtidos permitem responder aos objetivos estabelecidos e passa a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante prosseguir com a coleta de dados²⁶.

A entrevista foi gravada após consentimento das gestantes e dos profissionais e conduzida pela autora deste estudo, seguindo roteiro semiestruturado (Anexos 1 e 2). Todas as entrevistas, com gestantes e profissionais, foram individuais e realizadas e transcritas pela autora deste estudo.

Este tipo de entrevista procura evitar a rigidez do questionário, para melhor apreender o ponto de vista dos atores sociais. Orienta-se pelo roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, procurando expandir e aprofundar a comunicação. O roteiro é concebido como um guia, permitindo ao entrevistador introduzir novas perguntas, que possam contribuir para o esclarecimento ou aprofundamento das informações que estão sendo colhidas²⁷.

As questões norteadoras para as gestantes e profissionais da saúde voltavam-se a temas como: motivação para o uso de drogas, sentimentos frente à gestação, atenção à saúde recebida e, no caso dos profissionais, assistência à saúde prestada.

Procedimentos éticos

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista, o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim, atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas

com seres humanos (Parecer no 820.364/2014). Para sua exceção, os serviços envolvidos autorizaram a coleta de dados com as gestantes e com os profissionais. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, estando uma de posse da pesquisadora responsável pela pesquisa (Anexos 3 e 4). Documento de aprovação também está em anexo (Anexo 5).

REFERÊNCIAS

1. Niel M, Dartiu XS. Drogas e redução de danos: uma cartilha para profissionais de saúde. [internet]. São Paulo: Ministério da Saúde; 2008 [acesso em: 6 nov 2013]. 149 p. Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/direitos_humanos/Cartilha%20para%20profissionais%20da%20saude.pdf
2. 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. 2004. [acesso em 3 maio 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
3. Vucinovic M, Roje D, Vucinovic Z, Capkun V, Bucat M, Banovic I. Maternal and Neonatal Effects of Substance Abuse during Pregnancy: Our Ten-Year Experience. Yonsei Med J [internet] 2008. [acessado em 28 novembro 2013]; 49(5): 705-713. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2615365/>
4. Kuczkowski KM. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. J Clin Anesth. 2003; 15(5): 382-394.
5. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication n°. (SMA) 14-4863. 2015 [acesso em 09 jan]. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>.
6. Bastos, FI, Bertoni, N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. 224p. Disponível em: <http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>
7. Chiaverini, DH. Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. Guia prático de matriciamento em saúde mental. 2011. [acesso em: 12 jul 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saude_mental.pdf
8. Disney ER, Iacono W, McGue M, Tully E, Legrand L. Strengthening the case: prenatal alcohol exposure is associated with increased risk for conduct disorder. Pediatrics. 2006; 122(6): 1225-30.
9. Shankaran S, Lester BM, Das A, Bauer CR, Bada HS, Lagasse L. Impact of maternal substance use during pregnancy on childhood outcome. Seminars in Fetal & Neonatal Medicine. 2007; 12(2): 143-150.
10. Oei J, Kei L. Management of the newborn infant affected by maternal opiates and other drugs of dependency. J Pediatr Child Health. 2007; 43(9): 18.
11. Sakoman S. Care of pregnant women with opioid abuse and of their newborns. Gynecol Perinatol Suppl. 2006; 15: 93-101.
12. Coleman PK, Reardon DC, Rue VM, Cogle J. A history of induced abortion in relation to substance use during subsequent pregnancies carried to term. Am J Obstet Gynecol. 2002; 187: 1673-1678.
13. Decreto nº 7.179, 20 de maio de 2010 (BR). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas cria o seu Comitê Gestor, e dá

- outras providências. 2010. [acesso em: 27 jun 2015]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20072010/2010/Decreto/D7179.htm.
14. World Health Organization. The World Health Report: 2000: health systems: improving performance. 2001. [acessado em 09 set 2014]. Disponível em: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
15. Mendes EV. As redes de atenção à saúde no SUS. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.
16. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretriz para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010. [acesso em 11 jan. 2014]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.
17. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. [acesso em: 15 abr. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html.
18. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. [acesso em: 27 jun. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.
19. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Rev. Med Minas Gerais. 2008; 18(4): 3-11.
20. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto Contexto Enferm. 2008; 17(4): 758-64.
21. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1): 102-6.
22. Bonadio IC, Tsunehiro MA. A experiência vivenciada por mulheres grávidas no contexto de um serviço de pré-natal. In: Merighi MAB, Praça NS. Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2003. p. 81-91.
23. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003. p. 13-35.
24. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 2008. 406p.
25. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2002. p.17-44.
26. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.
27. Tavares LA, Almeida AR, Filho NA, MacRae B, Ferreira OS. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador (BA): EDUFBA; CEETAD/UFBA 2004. [acesso em 13 jan 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>

RESULTADOS

Artigo I

Tratamento não medicamentoso para gestantes
usuárias de álcool e/ou outras drogas: revisão
integrativa de literatura.

Resumo: A exposição a substâncias de abuso, como o álcool ou drogas ilícitas, em geral afeta os indivíduos em toda a sua vida. O uso materno destas substâncias pode ter efeitos profundos sobre os resultados da gravidez. O presente estudo constitui revisão integrativa da literatura, com a questão de pesquisa: *quais os tratamentos não medicamentosos disponíveis para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas?* A busca dos artigos ocorreu entre janeiro de 2004 a outubro de 2014, nas bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde/Biblioteca Regional de Medicina: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde; National Library of Medicine, Estados Unidos; Scientific Electronic Library Online; National Library of Medicine; Embase: Biomedical Database; Scopus; Web of Science e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Seis artigos foram selecionados, por responderem à pergunta do estudo e atenderem aos critérios de inclusão previamente estabelecidos. A análise dos artigos indica resultados positivos no caso do seguimento das gestantes em residência ou comunidade terapêutica, estando entre os desfechos favoráveis à manutenção da abstinência, melhor status psiquiátrico das mulheres e melhor resultado perinatal. Porém, em cinco artigos que encontraram resultados positivos, houve o pagamento de “voucher” para estas gestantes, na tentativa de alcançar o comportamento alvo, ou seja, melhorar a adesão ao tratamento do uso de substâncias. Em nenhum deles houve seguimento após interrupção do tratamento. Assim, o resultado favorável obtido durante a gestação pode não ter sido duradouro. Sugere-se a realização de novos estudos, com desenhos que permitam avaliar os resultados após interrupção do tratamento. **Descritores:** *Usuário de Drogas, Tratamento, Gestante.*

Abstract: Exposition to abusive substances such alcohol or illegal drugs usually affects individuals throughout their lives. Maternal use of such substances can have profound effects on pregnancy outcome. This study is an integrative literature review with the research question: What non-drug treatments does it available for pregnant women users of alcohol and/or other drugs? The search for articles published between January 2004 and October 2014 at Virtual Library site databases in Health/Regional Library of Medicine: Latin American and Caribbean Health Sciences; National Library of Medicine, USA; Scientific Electronic Library Online; National Library of Medicine; Embase: Biomedical Database; Scopus; Web of Science and Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature. Six articles were selected to study to answer the question and meet the previously established inclusion criteria. Analysis of the articles indicates positive results in the case of follow-up of pregnant women in residence or therapeutic community, being among the outcomes favorable to maintaining abstinence, better psychiatric status of women and better perinatal outcome. However, in five items was found positive results. There was a payment “voucher” for these pregnant women in an attempt to achieve the target behavior, eg to improve adherence to treatment of substance use. None of them were follow-up after stopping treatment. Thus, the favorable results obtained during pregnancy may not have been lasting. It is suggested to carry out new studies, with designs that the outcome after treatment discontinuation. **Key words:** *Drug User, Treatment, Pregnant.*

1. INTRODUÇÃO

A exposição a substâncias de abuso, como o álcool ou drogas ilícitas pode afetar indivíduos em toda a sua vida¹. Entre todas as populações que lutam contra a dependência, as mulheres grávidas, de maneira geral, são especialmente complicadas², pois o uso destas substâncias pode ter efeitos intensos sobre os resultados da gravidez³.

Nos Estados Unidos da América (EUA), Relatório da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde, encontrou que entre as mulheres grávidas com idade entre 15 e 44 anos, 5,4% eram atuais usuárias de drogas ilícitas. Pesquisa semelhante é realizada anualmente neste país e constitui a principal fonte de informações sobre o uso de drogas ilícitas, álcool e tabaco na população civil, não institucionalizada dos EUA, na faixa etária de 12 anos ou mais⁴.

Em alguns países, usar drogas na gestação pode resultar em processos criminais e prisão, podendo o problema do uso de substâncias ser equiparado ao abuso ou negligência. Como resultado deste tipo de política, as mulheres que usam drogas podem procurar menos os serviços assistenciais, resultando em graves consequências para sua saúde e do feto⁵.

Mesmo sem tais abordagens punitivas, serviços eficazes, como por exemplo, aqueles que incluem cuidado pré-natal, tratamentos dirigidos ao abuso de substâncias e outros aspectos da saúde e apoio de serviços sociais, podem não estar disponíveis para mulheres grávidas ou podem não ser considerados prioritários⁵.

Deve-se considerar que as mulheres com problemas de uso de substâncias têm necessidades especiais relacionadas à pobreza, problemas de relacionamento, trauma (abuso infantil e violência doméstica), problemas de saúde mental e dificuldades de acesso aos serviços³. Em comparação com os homens, normalmente relatam precursores mais complexos ao abuso de substâncias, consequências mais negativas e mais dificuldades de acesso ao tratamento⁶.

Em quatro estudos sobre obstáculos ou barreiras ao tratamento, entre as percepções de mulheres que utilizam substâncias em diferentes regiões do mundo, estavam a família e problemas de relacionamento, o medo de perder a custódia do

filho ou preocupações com o acolhimento das crianças; necessidade de permissão do parceiro para participar do tratamento e receio de abandono por parte do parceiro; questões de estigma e de vergonha e dificuldades relacionadas ao tratamento⁷.

Embora alguns preditores gerais de retenção ao tratamento entre as mulheres grávidas sejam conhecidos, pouco se sabe sobre a capacidade da equipe de tratamento para identificar as mulheres com maior risco de deixar o tratamento, mesmo contra a indicação médica⁷.

Dadas às necessidades complexas de mulheres grávidas com problemas de abuso de substâncias, há necessidade urgente de intervenções, para auxiliar suas famílias na obtenção de melhores resultados³. Portanto, estudos que avaliam o espectro de abordagens terapêuticas são necessários e relevantes para a atenção à saúde da mãe e do feto. Assim, justifica-se a realização do presente estudo, que teve por objetivo identificar, na produção científica dos últimos dez anos (2004-2014), evidências sobre as melhores formas de tratamento não medicamentoso para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

2. MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa da literatura, modalidade de pesquisa que permite a construção de sínteses e conclusões gerais sobre determinado tema, contribuindo para o conhecimento investigado. Inclui a análise de pesquisas relevantes, a partir de vasta análise da literatura, discussão sobre métodos e resultados de pesquisas, bem como aponta reflexões e ideias para estudos futuros⁸.

O estabelecimento do problema da revisão consiste na etapa de formulação de hipóteses ou questões para sua execução. No estudo realizado a questão foi: *quais os tratamentos não medicamentosos para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas?*

A seleção da amostra é a etapa onde se determina os critérios de inclusão e/ou exclusão do estudo. Os critérios de inclusão foram: pesquisas publicadas na forma de artigo, em periódicos nacionais e internacionais, em português, inglês ou espanhol, que tivessem investigado tratamentos não medicamentosos para

gestantes usuárias de álcool ou outras drogas. Os artigos deveriam possuir título e resumo disponível para consulta. Foram excluídos artigos que tratassem exclusivamente dos desfechos perinatais e de pesquisa em animais. Pela especificidade, também foram excluídos aqueles realizados dentro de casas de detenção ou voltados a puérperas.

Foi realizada busca sobre a produção científica publicada entre janeiro de 2004 e outubro de 2014, nas bases de dados do sítio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) /Biblioteca Regional de Medicina (BIREME): Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); *National Library of Medicine*, Estados Unidos (MEDLINE); *Scientific Electronic Library Online* (SciELO); *National Library of Medicine* (Pubmed); *Embase: Biomedical Database*; *Scopus*; *Web of Science* e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Considerou-se o tempo de dez anos adequado, pela escassa produção sobre o tema e foram eleitas as bases de dados relevantes para a área da Enfermagem e da Saúde. Porém, como a coleta de dados foi realizada em novembro e dezembro de 2014, o mês limite para coleta de dados desta revisão foi outubro.

Na busca dos dados foram utilizados os seguintes *Descritores em Ciências de Saúde* (DeCs), extraídos da Biblioteca Virtual de Saúde: (gestante or gestantes or mulher grávida or mulheres grávidas) AND (usuária de droga or usuários de drogas or dependentes químicos or farmacodependentes or drogaditos or toxicômanos or usuário de droga injetável or usuários de drogas or usuários de droga injetável or usuários de drogas injetáveis or usuários dependentes or viciados em drogas) AND (terapêutica or ação terapêutica or ações terapêuticas or medida terapêutica or medidas terapêuticas or procedimento curativo, or procedimentos curativos or procedimento de terapia or procedimentos de terapia or procedimento de tratamento or procedimentos de tratamento or procedimentos terapêuticos or terapia or terapias or tratamento or tratamentos), assim como os correspondentes em inglês (Pregnant Women or Pregnant Woman) AND (Drug Users or Drug User or Drug Abusers or Drug Abuser or Drug Addicts) AND (Therapeutic or Treatment or Treatments). Também foram usadas as seguintes palavras-chave constantes do *Medical Subject Headings* (MeSH Database), da *United State National Library of Medicine*: (((Pregnant Women) or (Pregnant Woman)) AND ((Drug Users) or (Drug User) or

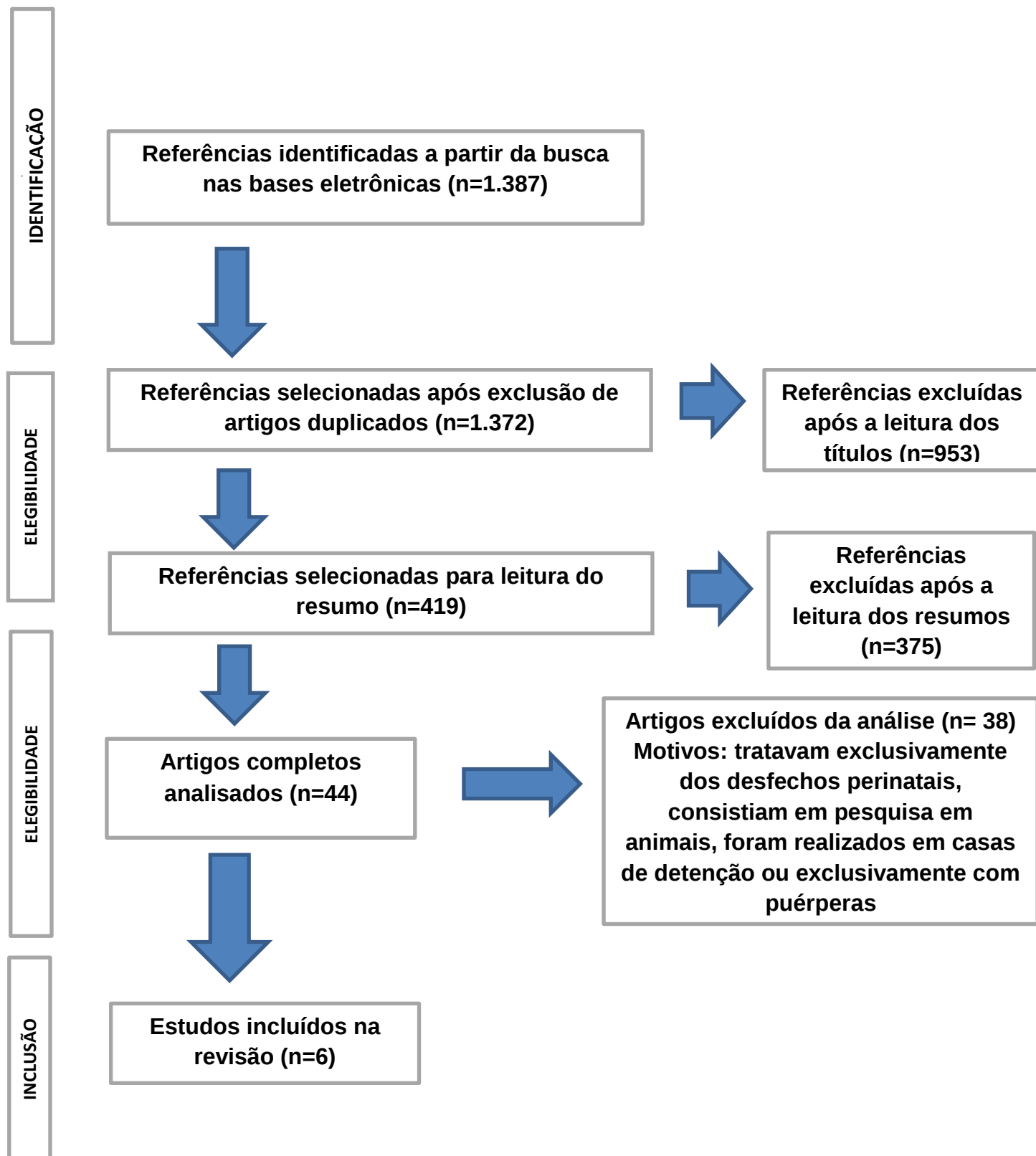
(Drug Abusers) or (Drug Abuser) or (Drug Addicts)) AND (Therapeutic or Treatment or Treatments)). A princípio, os estudos foram selecionados pela análise crítica dos títulos, em seguida realizou-se a leitura dos resumos e, por fim, análise dos artigos na íntegra.

Foram encontrados 1.387 estudos por meio da integração dos descritores. Destes, 419 foram selecionados pela análise dos títulos para leitura minuciosa do resumo, dos quais 44 artigos foram lidos na íntegra e sumarizados, sendo que seis artigos foram selecionados para compor a amostra do estudo, por responderem à pergunta deste estudo e atenderem aos critérios previamente estabelecidos. A Figura 1 apresenta o fluxo de seleção dos artigos desta revisão.

A fase seguinte consistiu na categorização e análise dos estudos, etapa que apresenta as características dos mesmos e seus achados, a partir da definição das informações a serem extraídas. Para tal, foram utilizadas as seguintes variáveis: autores, ano de publicação do artigo, idioma, objetivo geral do estudo, método, principais resultados, discussão, conclusões e nível de evidência científica. Detalhada descrição do tratamento não medicamentoso utilizado foi também realizada.

A discussão e interpretação dos resultados valorizou a comparação entre os estudos, à relação destes com o conhecimento científico, conclusões e implicações para a prática profissional apontadas pelos autores e eventuais lacunas identificadas, com o propósito de embasar futuras pesquisas. Em seguida, realizou-se a síntese dos dados relativos aos tratamentos não medicamentosos disponíveis para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

2.1 Fluxo de seleção dos artigos da revisão sistemática



3. RESULTADOS

Do Quadro 1 constam os seis artigos incluídos na presente revisão, com referência completa, participantes, métodos, resultados e conclusões. Ao analisar o local de publicação destes, identificam-se periódicos internacionais de diversas áreas, como área de saúde mental: Infant Mental Health Journal², Journal Psychoactive Drugs⁹, Journal of Substance Abuse Treatment^{10, 7}, Addict Disord Their Treatment¹¹, American Journal on Addictions¹².

Do Quadro 2 constam os artigos incluídos na presente revisão com a descrição detalhada dos diferentes tratamentos não medicamentosos utilizados e, do Quadro 3 constam o desenho do estudo e nível de evidência científica do mesmo.

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões.

REFERÊNCIA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Hutchinson ML, Chilsolm MS, Tuten M. The efficacy of escalating and fixed contingency management reinforcement on illicit drug use in opioid-dependent pregnant women. Addict Disord Their Treat. 2012;11(3):150–3.	Comparar a eficácia da gestão de contingência (CM) para os horários em escala e fixos, após cinco semanas de intervenção.	133 gestantes dependentes de opióides (43 grupos controle, 52 no grupo gestão de contingência em escala e 38 no grupo de gestão de contingência fixa).	Estudo controlado randomizado, chamado DAISY-RCT que comparou a eficácia relativa de CM em escala contra os CM fixos para a redução do uso de opiáceos e cocaína em gestantes dependentes. O comportamento alvo foi a abstinência de opiáceos e cocaína, comprovada por exames toxicológicos de laboratório. A hipótese principal foi: a eficácia de CM em escala é superior a fixa.	CM reforço em escala não foi superior a CM reforço fixo após intervenção de 13 semanas. Não houve diferença estatisticamente significativa na abstinência a opiáceos e cocaína, quando consideradas as medidas dos grupos CM crescente e fixa após cinco semanas. Foram 14 oportunidades para cada participante deixar uma amostra de urina. A média do número de amostras de urina negativas para drogas foi de 8,1 e 7,4 para grupos de gestão de contingência em escala e fixa, respectivamente.	Estes resultados aprofundam ainda mais o conhecimento científico a respeito do tratamento de gestão de contingência em gestantes dependentes de opiáceos, apoiando a conclusão de que as programações de gestão de contingência em escala e fixa produzem quantidades negativas similares de drogas em amostras de urina no início do tratamento.

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões. Continuação

REFERÊNCIA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Jones HE, O'Grady KE, Tuten M. Reinforcement-based treatment improves the maternal treatment and neonatal outcomes of pregnant patients enrolled in Comprehensive Care Treatment. Am J Addict. 2011;20(3): 196–204.	Examinar a eficácia global de cuidados habituais (UC) (n = 42) ou de Tratamento Baseado em Reforço (RBT) (n = 47) para produzir melhores resultados no tratamento materno e resultados perinatais das gestantes com transtornos de uso de substância opióides e/ou cocaína.	89, das 225 pacientes do Centro de Dependência e Gravidez (PAC). Ocorreram 97 recusas em participar e 39 participantes abandonaram o PAC logo após consentimento para participação no estudo, mas antes que pudessem ser informadas da sua atribuição no grupo de estudo.	Ensaio clínico randomizado. As participantes foram recrutadas entre setembro de 2003 e novembro de 2007. Dois grupos foram constituídos: UC sozinho ou cuidados habituais aprimorados com RBT. A atribuição aleatória de participantes a uma das duas condições de tratamento foi realizada por um membro da equipe sem contato com as participantes, com auxílio de um programa de computador. As participantes foram informadas da sua atribuição aleatória, quer por RBT (n = 47) ou UC (n = 42), após a conclusão da bateria de avaliação inicial.	As participantes do grupo RBT gastaram, em média, 32,6 dias a mais no tratamento e quase seis vezes mais em habitações de recuperação do que as participantes do grupo UC. Não houve diferenças significativas entre o RBT e condições de UC na proporção de participantes com teste positivo para qualquer substância ilegal. Os recém-nascidos na condição RBT ficaram 1,3 dias a menos internados após o nascimento, comparados aos recém-nascidos de condição UC (p = 0,03). As duas condições não diferiram significativamente quanto à idade gestacional no parto e peso ao nascer.	Integrar RBT em uma rica variedade de tratamento com atendimento integral e seus componentes pode ser abordagem promissora para aumentar a retenção materna ao tratamento e reduzir o tempo de internação neonatal hospitalar.

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões. Continuação

REFERÊNCIA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Bromberg SR, Backman TL, Krow J. The haven mother's house modified therapeutic community: meeting the gap in infant mental health services for pregnant and parenting mothers with drug addiction. <i>Infant Mental Health Journal</i> 2010;31(3): 255–76.	Descrever a base conceitual, evolução e facilidades de um tratamento em residência terapêutica para dependência, concebido especificamente para atender às necessidades das gestantes, pais e seus filhos.	Apresenta-se, como exemplo, uma mulher de 24 anos, caucasiana, grávida de 26 semanas, admitida na Casa “Mães Paraíso”, Comunidade Terapêutica Modificada.	Estudo de caso. O programa envolve a colaboração entre a Comunidade Terapêutica Modificada, que facilita o tratamento da dependência e um programa de saúde mental infantil, que resultou em cuidados integrados residencial para as mulheres grávidas e mães em tratamento da dependência. A evolução deste programa é descrita, com foco na integração do cuidado à saúde mental infantil como parte do tratamento da dependência.	90% das mulheres que completam o tratamento permanecem livres de droga, álcool e crime dois anos após término do programa. Esse impressionante sucesso em relação a outros programas de tratamento está ligado à modalidade Comunidade Terapêutica Modificada, destacando a importância de se considerar o tratamento residencial com prestação de serviços especializados em questões de gênero como a melhor prática para essa população. Das mães que viviam na residência com crianças (mais de 130 bebês até à data), 100% haviam sido admitidas na gravidez e todas nasceram livres de drogas. Apesar da exposição à droga em algum momento da gravidez e antes da admissão no programa, a esmagadora maioria das crianças chegou aos seis meses com pouca necessidade de intervenção.	As mães aprenderam a levar a vida livre do abuso de substâncias ao praticar ativamente as exigências da maternidade. O sucesso do programa decorre do compromisso de ambos os agentes de tratamento: os núcleos de recuperação e a saúde mental infantil. Os benefícios que se seguiram às crianças, mães, suas comunidades e a sociedade como um todo são inequívocos.

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões. Continuação

REFERÊNCIA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Kropp F, Winhusen T, Lewis D. Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users. J Psychoactive Drugs 2010;42(1): 73–81.	Avaliar eficácia do Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional (MET-PS) para grávidas usuárias de substâncias, em comparação com o Tratamento Usual (TAU), em comportamentos saudáveis modificáveis. e o impacto do tratamento.	200 grávidas usuárias de substâncias	As grávidas que entraram no ambulatório de tratamento de abuso de substâncias de quatro centros comunitários foram randomizadas em três variáveis dicotômicas: pressão para participar do tratamento, frequência de auto relato de uso de drogas e álcool, e necessidade de manutenção com metadona, para receber três sessões individuais de MET-PS ou três sessões individuais normalmente fornecida pelo programa TAU de tratamento fornecido na clínica. Houve avaliação inicial um mês após entrada no estudo ativo e duas avaliações de seguimento: com um e três meses após o final da fase de estudo ativo. As participantes receberam vouchers de US\$30.00 e US\$25.00 para cada uma das cinco visitas mais longas e três visitas mais curtas, respectivamente.	Os resultados sugerem que MET-PS não foi mais eficaz do que o TAU, no que diz respeito a melhora de comportamentos saudáveis modificáveis. Quando os grupos de tratamento foram reunidos, os resultados sugerem que houve aumento significativo no cuidado pré-natal, utilização de multivitamínico e consumo de água, além de diminuição significativa no stress.	Nenhum efeito diferencial foi encontrado entre MET e TAU. Apesar disso, os resultados sugerem que a participação em programas de tratamento para grávidas usuárias de substâncias pode ter efeito positivo significativo sobre vários comportamentos associados à gravidez saudável

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões. Continuação

REFERÊNCIA	OBJETIVO	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Winhusen T, Kropp F, Babcock D. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. J Subst Abuse Treat. 2008; 35(2):161–73.	Avaliar a eficácia do Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional (MET-PS) para grávidas usuárias de substâncias em comparação com Tratamento Usual (TAU), para aumentar a adesão e diminuir o uso de substâncias no 1º mês de tratamento; avaliar a eficácia a longo prazo do MET-OS em relação ao TAU.	200 grávidas usuárias de substâncias.	Grávidas que abusam de substâncias e entram em tratamento ambulatorial em um de quatro programas de tratamento foram randomizadas para receber três sessões individuais de Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional para grávidas usuárias de substâncias (MET-PS) ou três sessões individuais do tratamento normalmente fornecido pelo programa. Todas as participantes foram incentivadas a participar de todos os outros tratamentos oferecidos pelo programa.	Os resultados incluíram medidas de utilização do tratamento de acordo com registros da clínica, exames toxicológicos na urina e auto relato de uso de substâncias. 162 participantes (81%) completaram um mês na fase ativa. Os participantes compareceram em 62% dos cuidados de saúde programados, em média, e relataram diminuição da utilização de substâncias durante o primeiro mês de tratamento, sem diferenças entre os participantes da MET-PS e TAU. Houve algumas provas de que a eficácia de MET-PS variou entre os locais e que MET-PS pode ser mais benéfico do que TAU na diminuição do uso de substâncias.	Estes resultados sugerem que o MET-PS não é mais eficaz do que o TAU para grávidas usuárias de substâncias em geral, mas que pode haver determinados subgrupos ou programas de tratamento em que o MET-PS pode ser mais ou menos eficaz do que o TAU.

Quadro 1. Artigos selecionados com referência, objetivo(s), participantes, métodos, resultados e conclusões. Continuação

REFERÊNCIA	OBJETIVO(S)	PARTICIPANTES	MÉTODOS	RESULTADOS	CONCLUSÕES
Kissin, W.B; Svikis, D.S; Moylan, P. Identifying pregnant women at risk for early attrition from substance abuse treatment Wendy B. Journal of Substance Abuse Treatment, 2004, v.27, p. 31–38.	Comparar gestantes que abusam de drogas e deixaram o tratamento contra o aconselhamento médico componente residencial do Centro de Dependência e Gravidez (PAC) com as que completaram o tratamento.	152 gestantes que abusam de drogas em internações consecutivas entre dezembro de 1997 e agosto de 1998 com o componente residencial do PAC, um programa abrangente de tratamento de grávidas que abusam de substâncias.	A equipe recrutou pacientes nas primeiras 24 h de tratamento residencial. As pacientes foram convidadas a participar do estudo, destinado a aprender mais sobre pacientes do PAC e as suas impressões sobre o tratamento que recebem. Foram incluídas aquelas que concordaram em participar e completaram a bateria de avaliação durante os sete dias de estadia na residência. As participantes receberam até US\$55.00, e mais US\$10.00 em vales ou mercadorias de uma loja no local para completar a bateria de avaliação, US\$2.00 para a conclusão do inquérito de satisfação diária e um bônus de US\$16.00 para concluir todos os sete inquéritos de satisfação propostos.	29 mulheres (19%) deixaram o tratamento contra o aconselhamento médico (AMA), em comparação com 123 (81%) que completaram o tratamento. A maioria dos métodos AMA foram abandonados no primeiro (34%) ou segundo (45%) dia, e todos as 29 deixaram nos primeiros 5 dias de tratamento residencial. O corpo clínico identificou muitas pacientes, mas não todas, que eventualmente deixariam o tratamento precocemente pelo desejo da droga e se assustaram com tal desejo e com os efeitos da sua retirada.	São necessárias intervenções para direcionar gestantes com maior risco de abandono precoce do tratamento.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos identificados nos artigos selecionados.

ARTIGO	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	DESCRIÇÃO
Bromberg et al., 2010	MTC (Comunidade Terapêutica Modificada): programa para a integração de práticas de saúde mental infantil em comunidade de tratamento residencial de longo prazo para gestantes e pais dependentes de drogas.	Programação regrada para mulheres residentes. A cada dia elas participam de atividades estruturadas em grupo, com início às 07h00 e término às 22h30. As atividades de tratamento incluem: recuperação da dependência usando várias técnicas comportamentais e cognitivo-comportamentais, serviços simultâneos e integrados, focando questões de saúde mental, que requerem atendimento individualizado. Também incluem educação e aconselhamento individual e em grupo, atividades de gerência de pares, grupos, reuniões, qualificação profissional, reuniões. Incluem também modelo de nutrição e cuidados baseados no relacionamento das gestantes e pais deste programa, com ênfase na promoção de relações pai-criança saudável dentro do contexto do apego-tratamento focado recuperação do ambiente. Especificamente para as grávidas, existe ainda um plano de saúde mental infantil individualizado que inclui a obtenção de assistência pré-natal adequada, plano de parto centrado no apoio, suporte e serviços de pós-parto imediato, incluindo cuidados focado no apego e vínculo com seu recém-nascido e rastreio e tratamento para problemas de amamentação e de humor no pós-parto. Os serviços de saúde mental infantil incluem sessões individuais, grupos de saúde mental infantil e avaliação do desenvolvimento e de vários questionários que medem indicadores de estresse perinatal e parentalidade, como parte da programação padrão. No artigo apresenta-se um caso como exemplo.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos identificados nos artigos selecionados. Continuação

ARTIGO	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	DESCRIÇÃO
Kropp et al., 2010; Winhusen et al., 2008	Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional (MET-PS) e Tratamento Usual (TAU).	A intervenção Aperfeiçoamento da Terapia Motivacional (MET-PS) é constituída por breves técnicas motivacionais ¹⁶ , modificada especificamente para grávidas usuárias de substâncias. A sessão de MET-PS começou com o desenvolvimento de relacionamento com uso de perguntas abertas, incluindo a discussão dos sentimentos dos participantes sobre sua gravidez e escuta reflexiva. Além disso, abordaram-se os prós e contras do uso de substâncias, incluindo possíveis efeitos adversos sobre o feto, percebidos pelas participantes. O restante da sessão foi dedicado aos procedimentos de avaliação e de admissão habituais na clínica. A segunda sessão foi dedicada à revisão individualizada (relatório de opinião) pessoal do participante sobre as consequências do uso de substâncias, para ela e sua gravidez e do grau em que ela estava participando de atividades para promover uma gravidez saudável. A terceira sessão foi dedicada ao desenvolvimento de plano de mudança para os participantes que expressaram prontidão para mudar e fortalecer o compromisso de mudar nos participantes que ainda não estavam prontos para isso. Essas três sessões substituíram a sessão de admissão e as duas primeiras sessões de tratamento individuais normalmente oferecidas pelo tratamento de terapia comunitária. A primeira sessão MET-PS demorou de 1,5 a 2 horas. As outras duas sessões foram de aproximadamente uma hora de duração. As participantes na condição MET-PS foram incentivadas a participar de outros serviços de tratamento tipicamente oferecidos no CTP (por exemplo, tratamento em grupo e gestão de casos, entre outros). No Tratamento Usual (TAU) foi oferecido o tratamento normalmente fornecido nos Programas de Tratamento Comunitário (CTP), por exemplo, tratamento em grupo, tratamento individual adicional, gestão de casos, e outros, sendo que elas recebem pelo menos três sessões clínicas individuais, incluindo uma sessão de MET-PS.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos identificados nos artigos selecionados. Continuação

ARTIGO	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	DESCRIÇÃO
Hutchinson et al., 2012	Gestão de Contingência de Reforço em Escala e Gestão de Contingência de Reforço Fixa	Gestão de contingência (CM) é a concessão de vales para alcançar um comportamento-alvo. É eficaz para melhorar a aderência ao tratamento de uso de substâncias na população geral de homens e mulheres¹³, incluindo gestantes dependentes de substâncias¹⁴. A CM muitas vezes resulta na cessação imediata do uso de drogas. Portanto, CM de curta duração pode ser especialmente útil para ser utilizada com gestantes, que têm tempo relativamente curto e definido, respondendo ao tratamento, otimizando o objetivo tanto da mãe quanto do neonato: estar livre da droga no momento do parto. Gestão de contingência (CM) é abordagem geral para tratamento, em que reforço e punição são aplicados à mudança de comportamento de forma eficaz¹⁵. Programações de pagamento em escalada, por exemplo, recompensam o indivíduo para atingir a abstinência prolongada, aumentando o valor dos incentivos ganhos com cada amostra negativa consecutiva. No lugar de promover apenas breves períodos de abstinência, programações de pagamento escalada são especificamente concebidos para reforçar os períodos contínuos de abstinência prolongada que os autores acreditam serem importantes para o sucesso a longo prazo. Para promover ainda mais a abstinência contínua, programações escalonadas, muitas vezes, incluem um componente de reinicialização em que os valores dos vales, na sequência do uso de drogas, voltam para o valor inicial (desde o qual eles podem iniciar novamente com uma nova abstinência). Uma alternativa para programações de escalada são programações de pagamento fixo, em que um indivíduo recebe o mesmo pagamento para cada amostra negativa, independentemente de quanto tempo ele ou ela tenha estado abstinente¹⁵.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos identificados nos artigos selecionados. Continuação

ARTIGO	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	DESCRIÇÃO
Jones et al., 2011	Condição Cuidado Usual (UC) e Condição Tratamento à Base de Reforço (RBT)	Cuidado Usual (UC) inclui tratamento para transtornos por uso de substância (grupo e aconselhamento individual e psicoeducação). Há retirada medicamente assistida para os doentes que recusam a manutenção com metadona ou que não atendam a critérios de dependência de opiáceos atuais, para a qualificação de pacientes dependentes de opiáceos, gestão de casos, atendimento obstétrico, avaliação psiquiátrica e tratamento, gestão médica geral, cuidado da criança no local e atendimento pediátrico. O tratamento materno começa com uma estadia de sete noites em uma unidade de vida assistida (ALU) e é seguido por tratamento diário ambulatorial intensivo. Tratamento à Base de Reforço (RBT): a condição RBT é composta por todos os elementos da condição cuidados usuais mais os componentes de tratamento RBT. Especificamente, os participantes do condicionamento RBT recebem plano de tratamento individualizado, comportamento de representação gráfica, recreativa, grupos semanais de formação profissional e de reforço de pares.

Quadro 2. Descrição dos tratamentos não medicamentosos identificados nos artigos selecionados. Continuação

ARTIGO	ABORDAGEM TERAPÊUTICA	DESCRIÇÃO
Kissin et al., 2004	Programa Residencial de Tratamento de Abuso de Substâncias	O Centro de Dependência e Gravidez (PAC) é um programa de tratamento especializado, interdisciplinar, que oferece abrangente tratamento médico no caso de abuso de substâncias. É oferecido planejamento familiar, cuidados psiquiátricos, obstétricos e pediátricos com grávidas, mulheres e seus filhos que abusam de substâncias. As pacientes, inicialmente, começam permanecendo na residência sete dias. Durante esse tempo elas desintoxicam, estabilizam sua medicação e são orientadas quanto ao programa e tratamento. Esta breve estadia é seguida por tratamento ambulatorial intensivo. Aquelas que abandonam o tratamento por aconselhamento médico (AMA) podem ser readmitidas após uma semana, sendo limitadas a três entradas no tratamento por gravidez, todas começando com o tratamento residencial. Serviços de acolhimento de crianças e de transporte são fornecidos conforme necessário. Alguns pacientes dependentes de opiáceos são colocados em tratamento de manutenção com metadona, como complemento terapêutico, com base no julgamento clínico de um médico a respeito de fatores clínicos, tais como a gravidade do uso de drogas da paciente, história de tratamento, estado de saúde e preferência da paciente. Todos os outros componentes do tratamento são equivalentes para manutenção do uso de drogas e terapia baseada em abstinência. O modelo “uma parada nas compras” é usado no CAP e aborda as necessidades específicas das grávidas, inclusive disponibilizando um departamento de trabalho de parto.

Quadro 3. Descrição do desenho do estudo e grau de recomendação com nível de evidência científica.

ARTIGO	DESENHO DO ESTUDO	RECOMENDAÇÃO/ EVIDÊNCIA ¹⁷
Hutchinson et al., 2012	Ensaio clínico randomizado	A/1C
Jones et al., 2011	Ensaio clínico randomizado	A/1C
Bromberg et al., 2010	Estudo de caso	C/4
Kropp et al., 2010	Estudo de intervenção randomizado	A/1C
Winhusen et al., 2008	Estudo de intervenção randomizado	A/1C
Kissin et al., 2004	Estudo de coorte	B/2B

De acordo com o Quadro 1, os verbos utilizados na descrição dos objetivos dos estudos avaliados voltavam-se a descrever², avaliar a eficácia^{9, 10}, comparar^{7,11} e examinar¹².

O número de participantes variou de um (estudo de caso) a 200. Seguem informações básicas sobre os estudos incluídos, com relação ao método adotado: tratamento em residência terapêutica, a partir de modificação da estratégia comunidade terapêutica²; comparação entre terapia motivacional e tratamento usual^{9,10}; comparação de gestantes que abandonaram o tratamento no Centro de Dependência e Gravidez com aquelas que não abandonaram⁷; comparação do tratamento por gestão de contingência por horário em escala e fixo¹¹ e comparação do cuidado usual com o tratamento baseado em reforço¹² (Quadros 1 e 2).

Entre as conclusões constavam que a participação nos programas de tratamento: associou-se ao aumento no número de consultas pré-natais e a adoção de alguns comportamentos saudáveis modificáveis na gravidez⁹; ajuda pacientes grávidas a manterem-se abstinentes¹¹; é abordagem promissora para aumentar a adesão materna ao tratamento¹² (Quadros 1 e 2).

Quanto ao desenho dos estudos incluídos na presente revisão, aponta-se que, por vezes, foi identificado a partir da leitura do método, sem estar explicitado no

texto. Foram incluídos ensaios clínicos^{11,12}, estudos de intervenção randomizados^{9,10}, estudo de coorte⁷ e de caso². Os instrumentos para coleta de dados incluíram questionários estruturados^{9,10,12} e questionário semiestruturado⁷. Para o relato de caso², assim como para o estudo baseado em gestão de contingência e que utilizou exames laboratoriais para comprovar abstinência¹¹ não foi possível identificar o instrumento de coleta de dados adotado (Quadro 3).

4. DISCUSSÃO

Todos os estudos incluídos eram americanos. Noventa por cento das mulheres que completaram o tratamento em comunidade terapêutica modificada permaneceram livres da droga, álcool e crime dois anos após a conclusão do programa e os autores sugerem que esse impressionante sucesso em relação a outros programas de tratamento decorre da abordagem ser através da comunidade terapêutica, com programação especializada, somente para população feminina com enfoque de gênero e oferta de serviços especializados². Situações favoráveis como essas, em geral, dependem do desenvolvimento de relação de confiança profissional-gestante, atitude de não julgamento por parte do profissional e desenvolvimento de abordagem focada em aspectos psicológicos¹⁸. De fato, esses aspectos estiveram na abordagem anteriormente citada. É possível que resulte em bons resultados a longo prazo, melhor relação com o filho e obtenção de emprego, conforme apontado pela literatura em condições semelhantes¹⁸.

Alguns pesquisadores, ao avaliar os resultados da gravidez em um centro de tratamento para gestantes e puérperas, chegaram à conclusão de que o tratamento em residências terapêuticas pode ter um efeito positivo nos resultados do nascimento¹⁹. Nestes casos, os programas voltam-se a grandes objetivos, como a abstinência de drogas e obtenção de emprego, e são conduzidos passo a passo, estimulando a responsabilidade das participantes, fornecendo múltiplas oportunidades, reforçando positivamente em caso de progresso, podendo resultar no aumento da adesão ao programa. Parte dos benefícios deste tipo de tratamento decorre da possibilidade de remoção de estímulos associados ao uso de drogas, ao acompanhamento e apoio social para a abstinência. No entanto, não é sempre visto

como uma opção atraente pelas gestantes que abusam de substâncias, devido às regras e restrições impostas ao estilo de vida nestas residências¹².

Questão fundamental em relação ao sucesso dos tratamentos avaliados é que cinco dos seis artigos avaliados utilizaram “voucher” ou pagamento para as gestantes^{11,9,10,12,7}, modelo amplamente utilizado nos Estados Unidos da América. Assim, não se pode comparar com a abordagem brasileira, inclusive pela impossibilidade de pagar para manutenção de uma mulher em tratamento. Os estudos que utilizaram esta metodologia foram os que, em geral, obtiveram maior sucesso, o que remete a inferência da não recaída estar ligada a motivação financeira. Supõe-se que a barganha benefício X abstinência foi o que propiciou a permanência no tratamento, e não a construção de motivações pessoais sólidas para o não uso da droga.

Em alguns estudos que visavam comparar duas abordagens terapêuticas distintas não foi encontrada diferença estatisticamente significativa nos resultados entre elas^{9,10,11,12}. Assim, não houve diferença na adesão ao tratamento e no consumo de substâncias, quando comparados tratamentos convencionais com outros que utilizaram entrevistas motivacionais e incentivos comportamentais^{10,9}. Esse resultado sugere que o fornecimento de breve “feedback” (opinião) sobre comportamentos é insuficiente para promover mudança comportamental significativa. Outro estudo também concluiu que entrevistas motivacionais e incentivos comportamentais tiveram efeito mínimo no aumento da adesão de gestantes ao tratamento²⁰. Porém, deve-se destacar que a participação de gestantes em algum programa de tratamento de abuso de substâncias parece ter impacto positivo e encorajador, com potencial de mudar comportamento^{10,9}.

Com relação ao tipo de droga consumida, as principais foram a cocaína e a heroína¹¹, cocaína e maconha¹⁰ e opiáceos e cocaína⁷. Evidenciou-se ausência de diferença significativa nas medidas de abstinência de opiáceos e cocaína entre as participantes de um estudo¹¹ e que algumas mulheres já estavam envolvidas em comportamentos positivos associados a gravidez saudável no momento da entrada no estudo⁹.

A maioria das pacientes inscrita em um programa de tratamento não medicamentoso teve sua condição classificada como grave, com relação ao consumo de álcool e drogas ilícitas, e apresentavam algum tipo de problema psiquiátrico associado¹². Especificamente aquelas que abandonaram o tratamento, tinham mais frequentemente problemas psiquiátricos e algum grau de sofrimento emocional, como depressão ou culpa pelo abuso de drogas⁷.

Taxas de abandono em psiquiatria são mais altas que em outras especialidades médicas. A média de abandono entre dependentes é de aproximadamente 50%²¹. Estudos publicados nos últimos 15 anos têm identificado diversos fatores estatisticamente associados ao não comparecimento às consultas e/ou ao abandono de tratamento em saúde mental²², como: tipo de relação familiar, necessidade de internação psiquiátrica, situação do benefício social, o consumo de álcool e crack, o número de drogas de abuso e estado civil²³.

As causas do abandono do tratamento descritas nos estudos desta revisão incluíam a preocupação com todo o processo envolvido⁷; a falta de transporte, creche ou outros problemas de estrutura¹⁰, o fato de ter sido presa ou o não reconhecimento da necessidade de tratamento¹⁰.

Em um dos estudos incluído foi apontado que as pacientes que deixaram o tratamento poderiam ser identificadas com antecedência, pela natureza de suas interações com a equipe e suas respostas à pesquisa: quase metade das participantes verbalizou sua intenção de sair, quer para o pessoal de enfermagem, quer para outros membros da equipe ou pacientes. Particularmente entre pacientes dependentes de opióides submetidos à terapia baseada em abstinência, as taxas de adesão, desde o início do tratamento, tendem a ser baixas. Mais frequentemente abandonaram o tratamento mulheres submetidas à terapia baseada em abstinência, com problemas familiar/social e psiquiátricos, com mais episódios de tratamento de drogas ao longo da vida e menos problemas médicos decorrentes do uso das drogas⁷.

Os principais resultados relacionados ao recém-nascido foram: ausência de parto prematuro¹² e de dependência da droga ao nascer². Ainda, em relação aos neonatos, um dos estudos¹² encontrou alta 1,3 dias mais cedo no grupo com

tratamento à base de reforço, quando comparado ao grupo de tratamento usual, porém, os autores não conseguiram explicar os motivos associados à hospitalização mais curta, levantando a hipótese que podem decorrer de melhora em determinados fatores do estilo de vida que não foram medidos.

Aspecto com repercussão favorável para a gestante quanto para o recém-nascido foi o aumento na frequência da assistência pré-natal, situação encontrada entre as gestantes submetidas a tratamento⁹. No serviço que oferecia de maneira combinada tratamento não medicamentoso para drogas e cuidado pré-natal, essa abordagem combinada foi bastante eficaz para garantir o recebimento do adequado cuidado pré-natal⁹. No entanto, mesmo nos serviços que não ofereciam esta abordagem combinada, observou-se aumento na cobertura pré-natal quando a gestante foi tratada, sendo a possível explicação para tal, o fato desses programas adotarem, via de regra, estratégia de gestão de casos com abordagem psicossocial, resultando em efeito positivo no cuidado pré-natal²⁰.

Além da maior frequência no pré-natal, a participação nos programas de tratamento foi associada à adoção de comportamentos saudáveis modificáveis na gravidez, como aumento na ingestão hídrica, consumo das vitaminas recomendadas e diminuição dos níveis de estresse percebido⁹.

Integrar grande variedade de ações abrangentes e diferenciadas no tratamento constitui abordagem promissora para aumentar a adesão materna à abstinência às drogas e pode contribuir com a redução do tempo de internação do recém-nascido após o nascimento¹².

O modelo de comunidade terapêutica também apresentou bom resultado, mas deve-se refletir que constitui modelo de internação e, portanto, a gestante está em ambiente protegido, o que pode ser decisivo para os bons resultados alcançados. Ressalta-se, porém, que a internação é melhor caminho do que ausência de intervenção, e que constitui, de fato, estratégia para retirar a mulher do seu ambiente de risco e para que o recém-nascido possa ter desenvolvimento adequado²⁴.

Assim, pode ser favorável integrar serviço de saúde mental infantil ao tratamento da dependência em comunidades terapêuticas, o que constitui enorme desafio e exige que os cuidados sejam prestados de maneira coordenada, de forma a atender as necessidades intensas e agudas de mães dependentes e suas crianças. Como resultado, as mães podem aprender a manter-se longe do abuso de substâncias, enquanto praticam ativamente a maternidade².

Pesquisas futuras devem considerar que as taxas de abstinência são ainda mais importantes quando mães e bebês são tratados juntos em comunidades terapêuticas. Além disso, ao considerar superior o tratamento da dependência associado à avaliação da saúde mental infantil, deve-se considerar resultados específicos relacionados à gravidez e ao parto e o desenvolvimento das crianças, para determinar se os fatores de proteção associados ao tratamento centrado na família se sustentam ao longo do tempo².

Quanto à qualidade dos estudos incluídos na presente revisão, a maior parte pode ser classificada com a melhor recomendação existente^{9,10,11,12} e um foi classificado com recomendação B⁷, indicando a boa qualidade dos mesmos.

5. CONCLUSÕES

Diante do exposto, a participação da gestante usuária de álcool e/ou outras drogas em vários dos programas de tratamento de abuso de substâncias teve impacto positivo e encorajador, podendo ser potencial fator de mudança de comportamento.

Parte dos estudos demonstraram que quanto maior a integração e mais abrangente e diferenciada as ações voltadas ao tratamento, mais promissoras são as chances de adesão materna a abstinência às drogas. Além disso, apontaram que só pelo fato de estar em tratamento, independentemente do modelo de abordagem utilizado, já há repercussões positivas e significativas sobre vários comportamentos associados a uma gravidez mais saudável.

Destaca-se que novos estudos longitudinais devem ser realizados, com o intuito de avaliar se as gestantes se mantêm em tratamento se não houver mais o incentivo financeiro do “voucher”, o que indicaria a efetividade mais a longo prazo

desse tipo de abordagem. Também sugere-se a realização de pesquisas nacionais sobre a utilização de abordagens não medicamentosas para essa população, já que esta revisão não encontrou nenhum estudo no país.

Ao se constituir rede de atenção à saúde de gestantes usuárias de álcool ou drogas, deve-se buscar a inclusão de modelos que reconheçam suas peculiaridades e suas condições de cidadãs, com direito à saúde e a tratamento efetivo.

REFERÊNCIAS

1. Narkowicz S, Płotka J, Polkowska T, Biziuk M, Namiesnik J. Prenatal exposure to substance of abuse: A worldwide problem. *Environment International*. 2013; 54: 141-163.
2. Bromberg SR, Backman TL, Krow J. The Haven Mother's House Modified Therapeutic Community: meeting the gap in infant mental health services for pregnant and parenting mothers with drug addiction. *Infant Mental Health Journal*. 2010; 31(3): 255–276.
3. Niccols A, Dell CA, Clarke S. Treatment Issues for Aboriginal Mothers with Substance Use Problems and Their Children. *Int J Ment Health Addict*. 2010; 8(2): 320–335.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication n°. (SMA) 14-4863. 2015 [acesso em 09 jan]. Disponível em: <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>
5. United Nations Office on Drugs And Crime. Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned. New York: 2004. 105p.
6. Dell CA, Roberts G. Research update: alcohol use and pregnancy: an important Canadian public health and social issue. Public Health Agency of Canada. 2005; [acessado em 13 ago 2014] Disponível em: http://www.drugsandalcohol.ie/6365/1/Public_health_canada_research_update_pregnancy.pdf
7. Kissin WB, Svikis DS, Moylan P, Haug NA, Stitzer ML. Identifying pregnant women at risk for early attrition from substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2004; 27: 31–38.
8. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2008; 17(4): 758-64
9. Kropp F, Winhusen T, Lewis D, Somoza E. Increasing Prenatal Care and Healthy Behaviors in Pregnant Substance Users. *J Psychoactive Drugs*. 2010; 42(1): 73–81.
10. Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Haque D, Erickson SJ, Renz C. Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *J Subst Abuse Treat.*, 2008; 35(2): 161–173.
11. Hutchinson ML, Chisolm MS, Tuten M, Leoutsakos JM, Jones HE. The efficacy of escalating and fixed contingency management reinforcement on illicit drug use in opioid-dependent pregnant women. *Addict Disord Their Treat*. 2012; 11(3): 150–153.
12. Jones HE, O'grady KE, Tuten M. Reinforcement-Based Treatment Improves the Maternal Treatment and Neonatal Outcomes of Pregnant Patients Enrolled in Comprehensive Care Treatment. *Am J Addict*. 2011; 20(3): 196–204.
13. Stitzer M, Petry N. Contingency Management for Treatment of Substance Abuse. *Annu Rev Clin Psychol*. 2006; 2: 411–34.

14. Terplan M, Ramanadhan S, Locke A, Longinaker N, Lui S. Psychosocial interventions for pregnant women in outpatient illicit drug treatment programs compared to other interventions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2(4).
15. Higgins ST, Silverman K, Heil SH. *Contingency Management in Substance Abuse Treatment*. Guilford; New York: 2008.
16. Miller WR, Rollnick S. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford; 1991.
17. Phillips B, Ball C, Sackett D, Badenoch D, Straus S, Haynes B, Dawes M, 1998. Updated Howick J, 2009. Oxford Centre for Evidence-based Medicine – Levels for Evidence. 2009. [acesso em 14 nov 2015]. Disponível em: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
18. Grella CE, Joshi V, Hser YI. Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Eval Rev*. 2000; 24: 364–383.
19. Burgdorf K, Dowell K, Chen X, Roberts T, Herrell JM. Birth outcomes for pregnant women in residential substance abuse treatment. *Evaluation and Program Planning*. 2004; 27: 199–204.
20. Jones HE, Svikis D, Rosado J, Tuten M, Kulstad JL. What if they do not want treatment: lessons learned from intervention studies of non-treatment-seeking, drug-using pregnant women. *American Journal on Addictions*. 2004; 13(4): 347–357.
21. Oliveira MS, Szupczynski KDR, DiClemente C. Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico*. 2010; 41(1): 40-46.
22. Ribeiro MS, Alves MJM, Vieira EMM, Silva PM, Lamas CVDB. Fatores associados ao abandono de tratamento em saúde mental em uma unidade de nível secundário do Sistema Municipal de Saúde. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2008; 57(1): 16-22. [acesso em 10 jan 2014]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852008000100004>.
23. Almeida RA. Fatores associados ao abandono do tratamento por usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas. [Dissertação na internet]. João Pessoa (PB): Faculdade de João Pessoa, Universidade Federal da Paraíba; 2013 [acesso em: 15 fev 2014]. 118p. Disponível em: http://www.de.ufpb.br/~mds/DissertacoesAprovadas/Dissertacao_Rosilene_Alves_Almeida-2013.pdf
24. Barros RMSG, Ferreira IL. Internação compulsória na gravidez: prevenção e proteção à vida. *Revista Borromeo*. 2013; 4: 192-99.

Artigo II

Experiências de gestantes usuárias de álcool
e/ou outras drogas quanto à atenção a saúde
recebida.

Resumo: O uso de drogas por gestantes constitui grave problema social e de saúde pública. A exposição às drogas durante a gravidez pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto. Diante deste cenário, e do fato de existirem poucos estudos brasileiros sobre os contextos em que se mantém o comportamento aditivo durante a gestação, propôs-se o presente estudo com abordagem qualitativa, que objetiva apreender as representações de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas quanto à atenção à saúde recebida. Adotou-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo. As participantes deste estudo foram 10 gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas. Seus discursos foram obtidos em dois serviços de saúde públicos de Botucatu/SP. A coleta de dados foi realizada por entrevista semiestruturada. Dos discursos, pôde-se apreender que, a despeito da existência de serviços com diferentes níveis de complexidade no município, voltados ao atendimento em saúde mental e, conseqüentemente, às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, há problemas a serem superados, como perda de oportunidade de atendimento, desenvolvimento de atividades que podem afastar a gestante dos serviços de saúde, inadequação dos serviços e desarticulação entre eles. Assim, conclui-se que para qualificar a atenção à saúde das gestantes usuárias de álcool ou outras drogas, o município precisará envidar esforços para articular os diferentes serviços disponíveis, articulando-os, de fato, em rede. **Descritores:** *Gestante, Usuário de Drogas, Pesquisa Qualitativa.*

Abstract: Drug use by pregnant women is a serious social problem and public health. Exposure to drugs during pregnancy can lead to irreversible impairment of the integrity of the mother-fetus binomial. Against this background, and the fact that there are few Brazilian studies on the contexts in which it maintains the addictive behavior during pregnancy, it was proposed this study with a qualitative approach. Was adopted as a theoretical reference the Social Representations Theory as a methodological reference and the subject collective discourse. The participants of this study were 10 pregnant women users of alcohol and/or other drugs. His speeches were obtained in two public health services in Botucatu/SP. Data collection was performed by semi-structured questionnaire. From the speeches we could apprehend that, despite the existence of services with different levels of complexity in the municipality, aimed at mental health care and hence to pregnant women alcohol users or other drugs, there are problems to be overcome, such as loss of service opportunity, development activities which can ward off the mother's health services, inadequate services and disarticulation between them. Thus, we conclude that to qualify the health care of pregnant women using alcohol or other drugs, the municipality will have to make efforts to coordinate the different services available, articulating them, in fact, in the network. **Key words:** *Pregnancy, Drug User, Qualitative Research.*

1. INTRODUÇÃO

O uso de drogas ilícitas tem aumentado entre as mulheres, assim como aconteceu com o tabaco e o álcool. O perfil de procura por assistência, anteriormente mais associado ao mundo masculino, está mudando, com diminuição nas diferenças entre homens e mulheres, principalmente nos últimos anos¹.

Relatório da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde (Estados Unidos da América) encontrou que entre as mulheres grávidas com idade entre 15 e 44 anos, 5,4% eram atuais usuárias de drogas ilícitas².

A exposição às drogas durante a gravidez pode levar ao comprometimento irreversível da integridade do binômio mãe-feto³. As repercussões negativas decorrentes desta exposição não são apenas maternas, já que a maioria dos componentes químicos das substâncias atravessa a membrana placentária e representa perigo, também, para o desenvolvimento fetal⁴.

O impacto negativo de beber álcool ou fazer uso de drogas durante a gravidez está amplamente descrito na literatura. Trabalho de parto prematuro, aborto, descolamento prematuro de placenta e hemorragia pós-parto são complicações obstétricas que têm sido associadas a mulheres dependentes de diferentes tipos de substâncias. O consumo dessas substâncias faz com que as mulheres apresentem, também, risco acrescido de outros problemas de saúde, tais como: má nutrição, anemia e infecções do trato urinário e sexualmente transmissíveis. Restrição de crescimento intrauterino, prematuridade, óbito fetal e síndrome de abstinência neonatal e de morte súbita infantil representam apenas alguns dos efeitos no feto. Há evidências que mais tarde, durante a infância, a exposição in útero ao abuso de substâncias esteja associado ao aumento das taxas de infecções respiratórias e do ouvido e a asma. Além disso, estas crianças são mais irritáveis, têm dificuldade de concentração e mais problemas de comportamento⁵.

Em geral, gestantes usuárias de drogas experimentam diversas formas de desigualdade social e marginalização, o que muitas vezes precede o uso de substâncias^{6,7,8}. Pesquisadores indicam que as influências do ambiente e o uso de substâncias podem resultar em impacto maior do que a própria exposição à droga,

pois tais influências envolvem condições de vida imprevisíveis, levando frequentemente à má nutrição e falta de assistência pré-natal⁹.

Diante deste cenário, e do fato de existirem poucos estudos brasileiros sobre os contextos em que se mantém o comportamento da dependência durante a gestação¹⁰, propõe-se o presente estudo. Espera-se entender melhor o universo das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas e a atenção à saúde a elas ofertada. A partir da escuta das próprias gestantes usuárias de álcool e/ou drogas, pretende-se subsidiar a construção de novas maneiras de cuidar.

2. OBJETIVO

Apreender as representações de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas atendidas nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP quanto à atenção à saúde recebida.

3. MÉTODOS

Trata-se de estudo qualitativo, adotando-se como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

Neste tipo de pesquisa tenta-se compreender determinado problema na perspectiva dos sujeitos que o vivenciam em sua vida diária, sua satisfação, sentimentos, desejos, desapontamentos, surpresas e outras emoções¹. Assim, volta-se ao mundo real que ela investiga¹¹.

Quanto ao referencial metodológico, pode ser considerado como um guia do pesquisador para a coleta e análise dos dados do estudo e é adequado quando satisfaz a busca do pesquisador pelo seu objeto¹². Pelo desejo de estudar a vivência de um fenômeno, o uso de álcool e/ou outras drogas na gestação e a atenção dos serviços de saúde a esses agravos, optou-se por adotar o referencial metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

O DSC é uma forma de organizar e tabular dados qualitativos verbais. Para se obter certo pensamento em escala coletiva, é preciso somar os discursos

coletados por meio de questão aberta, formulada a um conjunto de indivíduos, de forma que tenha sido possível às pessoas expressarem seu pensamento e, portanto, elaborarem seu discurso. Desse discurso pode-se, então, extrair as expressões-chave, as quais são agrupadas em torno de ideias centrais semelhantes, compondo um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular¹¹.

Os serviços públicos que atendem a população do estudo em Botucatu são: Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD - oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad “Renascer” - serviço aberto, de base comunitária, que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas), Hospital das Clínicas de Botucatu, a partir do Serviço de Atendimento a Gestante Usuária de Álcool e/ou outras Drogas (SAGUAD -: ambulatório de referência regional para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF - equipe criada com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços) e as Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS). Todos os serviços são compostos por equipes multiprofissionais. O município conta, ainda, com a maternidade pública do Hospital das Clínicas de Botucatu, para atendimento ao parto das participantes do estudo.

As participantes deste estudo foram 10 gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas. Seus discursos foram obtidos no SARAD (4 casos) e no SAGUAD (6 casos), dois serviços de referência.

A coleta de dados foi realizada no período de agosto a novembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada, utilizada para melhor apreender o ponto de vista dos atores envolvidos. Orientou-se por roteiro previamente elaborado, procurando expandir e aprofundar a temática gestação e atenção recebida no contexto do uso de drogas. Este tipo de roteiro é concebido como um guia, permitindo ao entrevistador introduzir novas perguntas que possam contribuir para o esclarecimento ou aprofundamento das informações que estão sendo colhidas¹³.

O número final de entrevistas realizadas foi estabelecido durante o desenvolvimento do estudo e considerou a possibilidade de responder ao objetivo proposto e o ponto de saturação teórica: ferramenta conceitual usada nas pesquisas qualitativas nos diferentes campos da saúde, para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, ou seja, quando os dados alcançados passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, certa redundância ou repetição a saturação foi atingida, não sendo considerado relevante prosseguir com a coleta de dados¹⁴.

A entrevista foi gravada após consentimento da gestante, conduzida e transcrita pela autora deste estudo. O instrumento da entrevista (Anexo 1) é composto pelas seguintes questões norteadoras: 1) Como você começou a usar drogas? 2) Como é para você usar droga e estar grávida? 3) Como é a sua relação com a sua família? 4) Fale sobre seu acompanhamento pré-natal. 5) Pensando nos serviços de saúde que estão lhe atendendo agora que está grávida o que você vê de bom? 6) Em sua opinião, o que tem que ser melhorado nos serviços de saúde para atendimento às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas?

Para resguardar o anonimato, as participantes foram identificadas com a letra G (gestante) e número indicando a ordem de realização das entrevistas.

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim, atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos (Parecer nº 820.364/2014). Para sua execução, os serviços envolvidos autorizaram a coleta de dados com as gestantes. Todas as participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, estando uma de posse da pesquisadora responsável pela pesquisa.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve caracterização das gestantes indica que a média da idade foi 25,7 anos, variando entre 20 e 33 anos; mais da metade não tinha companheiro no momento da coleta de dados; 8 declararam-se do lar e quanto à escolaridade, 7 tinham menos de oito anos de estudos. Sobre os achados obstétricos, todas tinham história de pelo menos duas gestações e metade referiu quatro gestações ou mais.

Para análise das entrevistas, os dados foram divididos em quatro temas: **1.** Circunstâncias em que ficou grávida; **2.** Relação entre a gestante usuária de drogas e o pai do bebê; **3.** O uso de drogas na gestação; **4.** A rede de atenção à saúde de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Tema 1. Circunstâncias em que ficou grávida.

Pode-se identificar nos DSC 1 e 2 que a gravidez não foi planejada. Foi apenas consequência indesejada da busca pela droga ou resultado da falta de proteção, ou seja, da extrema vulnerabilidade a que essas gestantes estão expostas. A troca de sexo por drogas foi claramente apontada por algumas gestantes, assim como o tráfico foi representado como algo lucrativo e que pode viabilizar o consumo.

DSC1. *Eu nunca trabalhei, engravidei fazendo programa. É vergonhoso, uma história complicada, eu estava muito louca, precisando de dinheiro... Eu saía com gente que eu nem sabia com que eu tinha saído. Depois que passava o efeito da droga, eu ficava pensando comigo, mas de onde eu tirei dinheiro? Por isso, o pai da criança eu não faço a mínima ideia de quem seja!* (**IC1. Trocava sexo por droga.** Entrevistas G1-G2 e G9).

DSC2. *Foi um relance, acabei engravidando. Quando eu fiquei com ele eu tinha usado, ele tinha bastante droga, trabalhava como traficante, ganhava bastante e eu estava interessada em fumar, e acabei ficando grávida.* (**IC1. Trocava sexo por droga.** Entrevistas G3, G6 e G8).

Verifica-se nos últimos anos o crescimento do uso de drogas entre mulheres em idade fértil, ocasionando desafios para a intervenção nos agravos decorrentes da

relação droga de abuso e saúde materno-infantil. A urgência pela droga e a falta de condições financeiras faz com que muitas mulheres aproximem-se da prostituição e do tráfico, na busca por drogas ou dinheiro para comprá-las. Sob seu efeito, têm dificuldade em negociar a prática de sexo seguro, submetendo-se ao risco de gravidez indesejada ou não planejada¹⁵.

A produção, o tráfico e o uso das drogas compõem uma teia que ameaça a segurança e a saúde dos indivíduos, famílias e comunidades¹⁵. Na busca pela droga, muitas vezes, não se medem as consequências e qualquer possível fornecedor é bem vindo, como pode ser apreendido do DSC 3:

DSC3. *Eu estava me prostituindo e ele [o pai do bebê] é amigo do meu pai, uma pessoa que não vai poder me ajudar, acho que não vai registrar nada. É difícil para ele, ele fala que eu o machuquei bastante com tudo que fiz... Na verdade, eu fiz bastante coisa errada e agora, depois que ele descobriu que eu estou grávida, eu e ele começamos a nos bater, a gente acabou separando. Eu tive essa relação e acabou vindo uma criança. É uma situação muito triste de falar. (IC1. Trocava sexo por droga. Entrevistas G2-G3, G6 e G8).*

A prostituição como meio de obtenção de drogas também foi relatada em estudo realizado com 15 gestantes do CAPS-ad em Londrina (Paraná) sendo que 20% das participantes referiram essa prática¹⁶. Drogas e prostituição estão estreitamente ligadas, na medida em que o primeiro termo possibilita a entrega do corpo como mercadoria, isentando o sujeito do aprofundamento reflexivo quanto ao que está entregando ao pagador¹⁷.

Misto de descuido e resignação, nos DSC 4 e 5 evidencia-se a casualidade de uma gravidez nem desejada, nem planejada. Como ocorre com outras populações, há representação da gravidez como algo que ocorre apenas com os outros. Assim, a justificativa de um grupo de gestantes para o descuido foi achar que a gravidez não ocorreria com elas:

DSC4. *Eu não queria, nem planejei [a gravidez], porém não estava me cuidando. Sabia o risco que estava correndo, mas achava que não ia acontecer. Nunca usei nenhum remédio, nem camisinha, nada. Se eu não tomava remédio eu estava*

procurando, né? Estou com vinte e três anos, acho que eu demorei bastante para engravidar. (IC2. Não queria, mas não evitei. Entrevistas G1, G5, G8-G10).

DSC5. *Minha gravidez está sendo muito difícil. Eu saía, bebia, ia para balada e não me cuidava, não usa preservativo e nem tomava remédio. Então parou de vir. Eu não acreditava, nunca passou pela minha cabeça essa vida de ter filho. Pensei em abortar, só que aí passei mal, fiz ultrassom, já dava para ver que era menino. Aí eu fiquei com dó de tirar uma vida. Estou pensando ainda, em dar... (IC2. Não queria, mas não evitei. Entrevistas G2-G10).*

Assim como observado na presente pesquisa, em outras sobre gravidez e uso de álcool e/ou drogas, frequentemente encontra-se que a gravidez não foi planejada. Pesquisa sobre o uso de álcool entre gestantes de uma maternidade pública na cidade de São Paulo encontrou taxa de gravidez não planejada de 72%¹⁸, semelhante aos 73% obtidos em estudo também realizado na cidade de São Paulo sobre fatores de risco biopsicossociais entre crianças cujos pais são dependentes químicos¹⁹.

A gravidez indesejada é também problema para a saúde pública, pelos custos financeiros, sociais, emocionais e físicos que acarreta²⁰. Nesse sentido, ações voltadas a sua prevenção devem estar postas nos programas de saúde reprodutiva. No Brasil houve, nos últimos anos, esforço para ampliação do cuidado nesta área, como resultado da discussão consistente e apoiada pelo movimento de mulheres. Aos poucos se avança para uma visão holística, com discussão direcionada aos ciclos de vida e base na integralidade, qualidade e humanização, pautada nos direitos sexuais e reprodutivos²¹.

Além da gravidez indesejada, evidencia-se no DSC5 a intenção do abortamento, não concretizada, assim como o conflito vivido pelas gestantes quanto à evolução da gravidez. Estudos têm demonstrado que a perda da gravidez, por aborto provocado ou espontâneo, aumenta o risco de várias desordens relacionadas ao uso de substâncias, assim como de outros problemas psiquiátricos^{22,23,24}.

A opção pelo aborto é tema complexo no país, inclusive devido a sua clandestinidade. Entende-se que o surgimento da vida deve ser tratado

processualmente, visto que ela nunca está pronta e pode ser interrompida a qualquer momento, mesmo quando ainda não atingiu sua relativa autonomia. Esse processo deve ser protegido ao máximo, embora se deva compreender a possibilidade de sua interrupção por múltiplas razões, estando, entre elas, a determinação humana²⁵.

Tema 2. Relação entre a gestante usuária de drogas e o pai do bebê.

Mulheres com transtornos pelo uso de substâncias são propensas a apresentarem concomitantemente doença psiquiátrica, incluindo depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós traumático²⁶. No DSC 6, porém, emerge condição inversa: relação conturbada com o pai do bebê acabou por desencadear depressão, desestruturação familiar e o início do consumo de drogas:

DSC6. *Meu marido era um doce de pessoa, mas eu descobri que ele me traía. Então, entrei em depressão e tentei me matar. Quando eu estava com ele eu o respeitava! Aí larguei dele, voltei a morar com minha mãe, comecei a deixar o nenê com ela, a sair e a dar “um tiro” [usar droga].* **(IC3. Comecei a usar drogas porque meu marido me traiu.** Entrevistas G5-G7).

Estudo qualitativo realizado a partir de reportagens publicadas em revistas brasileiras de circulação nacional, e que objetivou discutir as repercussões sociais e na saúde de mulheres pelo uso de drogas, apontou os riscos de dependência física e psicológica, transtornos de ansiedade, sobrepeso, doenças respiratórias e, até mesmo, a morte²⁷.

Como pode ser observado nos DSC7 e DSC8, por vezes o próprio companheiro foi o responsável por apresentar as drogas à gestante. A incompatibilidade entre o uso da droga e o trabalho aparece no DSC7, assim como o efeito devastador da dependência química.

DSC7. *A primeira droga que eu conheci foi a cocaína. Conheci pelo meu ex-marido, ele usava e eu não sabia, ele trabalhava... Eu cheirei e não conseguia mais parar, nunca parei, porque é muito difícil de parar, a cocaína tem a mesma substância do*

crack, mas agora eu melhorei um pouco. (IC4. Meu marido me apresentou às drogas. Entrevistas G3, G8 e G10).

Assim como no DSC7, estudo que levantou as repercussões sociais e na saúde de mulheres envolvidas com drogas, encontrou que as mulheres, na questão das drogas ilícitas, referem sua participação como coadjuvantes do processo, destacando que o envolvimento dá-se por meio de relações de afeto com homens do seu entorno social, sendo pouco exploradas situações nas quais elas aparecem só, como decorrência de escolhas pessoais ²⁷.

No DSC8 a gravidez é escondida do pai dependente químico, apontado como capaz de oferecer droga até para a filha:

DSC8. *O pai do bebê é outra história complicada, ele nem sabe que estou grávida. Eu não vou falar, só mais para frente, porque ele não merece saber. Não quero que ela [a criança] conheça o pai, para ela não ver o estado do pai dela. Eu prefiro que ela fique longe do pai, porque nessas horas ele vai incentivar, do jeito que ele é, ele incentiva a minha filha, como fez comigo e uma hora chega, e ela vai usar, e eu não quero. Por isso eu quero manter distância entre ela e o pai. (IC4. Meu marido me apresentou às drogas. Entrevistas G3-G4 e G7).*

Na maioria das vezes, quando se considera um casal, o pai é o dependente químico. Estudo realizado com filhos de dependentes encontrou a dependência paterna em 67% dos casos¹⁸. Relacionamentos com esses indivíduos torna a recuperação das mulheres, quando necessária por estarem também envolvidas com droga, muito difícil²⁸.

É fundamental contextualizar adequadamente o envolvimento dos homens com a relação à paternidade responsável. Também, não se pode esquecer que em caso de dependência, os homens precisam ser atendidos nos serviços de saúde, principalmente se eles tiverem dificuldade em assumir/tratar sua dependência, condição que concretiza mais uma barreira a ser enfrentada pela gestante²⁹.

No DSC9 existe relato onde a relação conjugal está sendo meio de proteção ao uso de droga.

DSC9. *Meu marido não usa todo dia, usa uma vez por semana. E eu não posso nem brigar, quando ele me conheceu eu estava na vida, morando na rua e quando eu usava, era muito! Ele sabia que eu saía para fazer programa e me ajudou, me tirou da rua. Começou a controlar as vezes que eu uso. Agora, perto dele eu não uso, ele não deixa. A gente está tentando fazer o menino nascer em um ambiente sem droga. (IC5. Perto dele eu não uso. Entrevistas G2, G6, G8-G10).*

Os princípios da redução de danos, contidos no DSC9, se sustentam no pragmatismo de que o consumo de drogas sempre esteve e sempre estará presente na história da humanidade. Este modelo de atenção se constitui como alternativa aos modelos que se baseiam exclusivamente na abstinência. Assim, se o consumo de drogas não pode ser suprimido da sociedade é possível traçar estratégias para reduzir os danos a ele relacionados³⁰.

A diminuição no consumo e a representação de que o ambiente da gestação fica saudável em condição de abstinência aparecem no DSC9. Estudo realizado no estado do Paraná sobre o uso de drogas aborda a necessidade de se reconhecer o contexto social no qual o indivíduo está inserido, de forma a identificar os fatores de risco que permeiam o uso disfuncional de drogas, passo fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto às famílias e pessoas em situação vulnerável³¹. É importante considerar que eventos desfavoráveis no ambiente familiar podem atuar como fatores indutores do consumo e, neste sentido, destacam-se o comportamento aditivo da família, a cultura familiar de uso de drogas e que algumas relações conjugais e familiares têm vinculação direta com o início e continuidade do consumo³¹.

No presente estudo, a associação entre relações conjugais e uso de drogas pode ser percebido, tanto na indução ao uso (DSC7 e DSC8), quanto na cessação (DSC9).

Assim como no DSC9, no DSC10 também se pode apreender o apoio do pai do bebê durante a gestação. Neste último, alguns aspectos chamam a atenção: na hora da necessidade, vale tudo para se conseguir droga e que relação de amizade pode terminar em gravidez.

DSC10. *Ele [o pai do bebê] é muito bom para mim, me ajuda bastante, gosta de ficar comigo. Sempre me dava comida, me levava para tomar banho, porque eu ficava sem tomar banho, ficava na rua mesmo! Me tirou de lá para eu tentar mudar... e eu roubava as coisas dele, vendia tudo, no outro dia ele não tinha um centavo na carteira. Ele vai assumir a criança, está gostando. Mas é como dois amigos, juntos a gente não fica: ele vai lá e cuida do filho dele, faz o papel dele e eu faço o meu. (IC6. Tive apoio do pai do bebê na gestação. Entrevistas G3, G5-G6 e G9-G10).*

Em relação às transformações na conjugalidade, as gestantes perceberam modificações nos padrões de suas relações com seus companheiros, com estes adotando postura mais protetora para com elas³². Viver com parceiro pode ser apoio positivo para as mulheres que usam drogas³³.

Outro ponto fundamental na atenção à saúde da gestante é o enfoque da responsabilidade paterna. É preciso que os homens se sintam responsáveis pela saúde e pelo bem-estar fetal, proporcionando mudanças dos comportamentos que colocam seus descendentes em situações de risco¹⁹.

Tema 3. O uso de drogas na gestação.

Relatos sobre uso de drogas na gestação e preocupação com as repercussões na saúde do bebê, a médio e longo prazo, estão nos DSC11 e DSC12.

DSC11. *No segundo mês eu estava usando crack direto e quase não sentia mexer. Essa última vez que usei eu passei mal, fui para o hospital, começou a me dar falta de ar. O coração do nenê começou a bater muito fraco, estava quase parando e eles falaram que era por causa da droga. Depois disso eu não quis usar mais... se não a criança acaba nascendo com um monte de complicação, problema mental ou sei lá, às vezes parece que não tem nada, mas mais para frente tem, e sei que a criança não tem culpa... (IC7. Preocupação com o bebê. Entrevistas G4-G5 e G7-G9).*

DSC12. *Usei maconha, cocaína, bebi, pulei para o crack... Agora, eu não quero ter uma criança com problema, que nasça abstinente. Eu sei que acontece, vi nos vídeos na internet e fiquei morrendo de dó. Pode também nascer um pouquinho mais cedo. Isso fica martelando na minha cabeça, me dá remorso, porque a criança*

não tem culpa, não pede para usar droga. (IC7. Preocupação com o bebê. Entrevistas G2-G3, G6, G8 e G10).

As próprias gestantes citam, nos DSC 12 e 13, repercussões para o feto decorrentes do uso de drogas, em especial o sofrimento fetal, representado pela bradicardia e a prematuridade.

Este conhecimento pode ter sido adquirido em outros serviços assistenciais, em consulta de pré-natal anterior, já que as gestantes deste estudo não eram primigestas, ou mesmo pelo conhecimento de mundo destas mulheres. Esses achados divergem do estudo realizado em maternidade pública de Fortaleza (Ceará), com nove puérperas usuárias de drogas internadas e/ou aquelas cujos filhos apresentaram alguma complicação devido ao uso de drogas na gestação, visto que estas referiram não saber identificar as repercussões do uso de drogas na gravidez e as consequências para o recém nascido³⁴.

Filhos de dependentes químicos apresentam risco aumentado para transtornos psiquiátricos, desenvolvimento de problemas físicos e emocionais e dificuldades escolares. Dentre os transtornos psiquiátricos, pode ser citada a maior probabilidade de consumo de substâncias psicoativas, quando comparados com filhos de não-dependentes¹⁹. Crianças expostas a drogas, com baixo nível socioeconômico, podem estar em risco para piores desempenhos cognitivo ou social do que as crianças que não experimentaram esses riscos³⁵.

O remorso pelo uso da droga, citado no DSC 12, também merece ser discutido. Esse sentimento parece decorrer do não entendimento da dependência como doença. Ao contrário, é apontada como um problema individual, como se ter vontade de parar de usar, por si só, bastasse.

Uma vez imersas no mundo das drogas, especialmente quando se consome crack, as mulheres acabam se comprometendo profundamente com a dependência, o que pode impedir a formação de vínculos afetivos, em especial com seu bebê. Entregam, então, a criança a familiares próximos que assumam a responsabilidade por elas. Essas mulheres apenas passam pelo processo de maternidade que envolve questões biológicas unindo a mãe ao filho, mas não vivenciam a

maternagem, cujo conceito envolve afetividade e sentimento ao cuidar¹⁶. Em contraponto a essa discussão, os DSC 13 e 14 são focados na preocupação com o bebê, trazendo em pauta o problema da guarda das crianças após o nascimento.

DSC 13. *Ela [assistente social] já deixou bem claro, que se eu continuar recaindo, quando o bebê nascer não vai ficar comigo, por que a criança tem que nascer com a mãe bem. A pressão é maior porque a gente vê que eles estão vigiando mesmo, que estão em cima... e a maioria não fica com a mãe, ou elas doam ou interrompem a gravidez, elas mesmas, elas abortam e muitas vezes não morre. (IC7. Preocupação com o bebê. Entrevistas G4-G5 e G7-G9).*

DSC14. *Um dia fiquei doidona e tentei matar a pequeninha... aí perdi a guarda delas [as outras filhas]. Foram tiradas pela justiça e hoje elas moram com a minha mãe. Agora eu quero ser mãe, coisa que eu não fui... eu sei que errar é humano, mas o meu medo é de perder ele [bebê], como eu perdi as minhas filhas. A gente começa a enxergar, dá tempo de correr atrás e recuperar... (IC7. Preocupação com o bebê. Entrevistas G2-G3, G6, G8 e G10).*

Da mesma forma que o observado no presente estudo, o medo da perda da guarda do filho é tema recorrente em pesquisas com gestantes e mães usuárias de álcool ou drogas. A experiência clínica indica, também, que as mulheres que perdem a custódia de seus filhos podem ficar grávidas de novo, resultando num ciclo de novas gravidezes a cada perda³⁶.

Em estudo realizado com 38 gestantes de baixa renda, usuárias de drogas, em um condado no norte da Califórnia, mostrou que as mulheres não confiavam nos profissionais que as atendiam para manter confidenciais as informações sobre o uso de drogas, com a grande maioria delas preocupando-se com a perda da guarda dos filhos, caso fossem descobertas³⁷.

A preocupação com a perda da guarda dos filhos, no Brasil, não é infundada, já que a apesar de o direito pátrio resguardar o livre exercício do poder familiar a mãe dependente poderá ser privada de exercê-lo³⁸. A Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990, sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, menciona no artigo 19:

“Toda a criança ou adolescente tem o direito a ser criado e educado no seio de sua família e, excepcionalmente, em família substituta, assegurada a convivência familiar e comunitária, em ambiente livre da presença de pessoas dependentes de substâncias entorpecente”³⁹.

Em estudo realizado com 22 mulheres em situação de rua na cidade de São Paulo, o desfecho do consumo de drogas ilícitas, quase sempre, foi a perda da guarda dos filhos, gerando sofrimento e tristeza. Com isso, havia aumento no consumo de drogas e na vulnerabilidade social destas mulheres⁴⁰.

Dos DSC 15 e 16 emerge o desejo de ser mãe, com o reconhecimento que poderá não ser fácil.

DSC15. *Eu quero dar para ele o que eu não dei para os outros, principalmente carinho e amor, porque com outros filhos eu não fui mãe, entendeu? Eu tenho que parar de usar crack e cuidar dos meus filhos. Hoje eu quero ser mãe, pelo meu filho eu vou fazer de tudo. Mas eu sei que criar essa criança não vai ser fácil, no começo vai ser difícil, porque ele precisa do seu seio e como é que você vai trabalhar? Eu não quero perder esse filho, eu quero cuidar. Talvez essa criança tenha vindo para me mudar, mudar meu pensamento em tudo. (IC10. Eu quero ser mãe. Entrevistas G2-G3, G6 e G8-G10).*

DSC16. *Tenho que me cuidar mais, não posso ficar recaindo, porque eu não quero perder essa criança. Eu quero viver, quero ser humana, porque eu não estava sendo humana, não tinha nem sentimentos pelos meus filhos. Agora tenho que pensar em mim e no futuro do meu filho, quero que ele faça faculdade e pense diferente de mim. Eu vou com fé, se não der, amém, sigo em frente, mas eu sei que alguma coisa está preparada para mim. Se “Ele” [Deus] não me abandonou até agora... (IC10. Eu quero ser mãe. Entrevistas G1-G3 e G8-G9).*

É possível que o desejo de ser mãe leve as mulheres deste estudo à abstinência. A maternidade é um período de importante reestruturação na vida e nos papéis exercidos pela mulher, iniciado antes mesmo da concepção^{41,32}. A gestação está associada a mudanças não só biológicas e somáticas, mas também

psicológicas e sociais, que influenciam a dinâmica psíquica individual e relacional da gestante. Além disto, a maneira como a gestante vive essas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê³².

As gestantes demonstraram, em seus discursos, que conhecem os malefícios que o uso das drogas pode ocasionar durante a gravidez. No entanto, revelam dificuldade para abandonar a dependência. Assim, vivenciam medo e culpa decorrente da possibilidade de agravos ao feto, e isto ocorre de forma mais contundente nos casos de dependência química. Acompanhamento sistemático e integral durante o período gestacional é indispensável, pois pode ajudar as mulheres a esclarecerem suas dúvidas a respeito da gestação, identificar precocemente intercorrências gestacionais e a necessidade de intervenção diferenciada para os casos de uso de drogas. Outro grave problema evidenciado foi o fato das mulheres revelarem que os profissionais de saúde, de forma geral, não abordam questões relacionadas com o uso de drogas lícitas ou ilícitas durante o acompanhamento pré-natal¹, tema que será abordado mais adiante neste artigo .

A dificuldade envolvida nas tentativas de parar de usar drogas, as estratégias usadas pelas usuárias e a possibilidade de recaída constam dos DSC 17 e 18, que também se voltam as repercussões para o bebê.

DSC17. *Tentei várias vezes parar de usar, mas se eu via que eu tinha uma graninha, não aguentava, ia atrás, porque a vontade que dá é grande. A gente tem que se controlar bastante, procurar não ficar falando disso, ocupar a cabeça e procurar não encontrar com pessoas que usam. Estou até hoje nisso e isso é ruim, porque as vezes que eu recaí o nenê chutou muito e eu fiquei com medo de ter afetado ele, eu fiquei sabendo que é um sofrimento muito grande para criança. (IC7. Não quero recair, pelo bebê.* Entrevistas G1-G3 e G8-G9).

DSC18. *Nas primeiras semanas foi difícil. É quando você fica desesperada e quer fumar, dar um trago e não tem mais... Depois fui procurando coisa para me distrair, coloquei internet, sabe, coisas para ocupar minha cabeça e deu certo. Estou há duas semanas sem usar e vejo a diferença: o nenê mexe mais, eu sinto mais amor, passo a mão [na barriga], escuto o coração e dá vontade de chorar, porque eu tenho*

dó dele, eu sei que eu usando droga ele também entra em abstinência, igualzinho a mim e ele é um anjo, não merecia isso. (IC7. Não quero recair, pelo bebê. Entrevistas G1-G2, G6 e G8-G9).

Muitas gestantes demonstram preocupação com seus bebês, têm medo da perda ou de que nasçam com problemas, imaginam como serão seus filhos e pensam que os poderão ter, mas não da forma como almejavam⁴². Ao contrário do observado nos DSC 17 e 18, em que as mães falam sobre a preocupação e amor pelos filhos, alguns pesquisadores discutem o abandono das crianças pelas mães dependentes, incapazes de oferecer cuidados básicos ao bebê, especialmente quando usuárias de crack¹⁶. No presente estudo a internação foi representada como caminho para a abstinência, conforme pode ser observado no DSC19.

DSC19. *Quando eu engravidei da minha filha estava usando bastante [droga]. Aí usei mais uma semana e parei, também não bebi mais. Eu escolhi, pelo meu filho, ficar aqui dentro [do hospital]. Por causa da gravidez eu vim, se não fosse isso eu não vinha. Por que em casa eu vou usar. Da outra vez, fiquei nove meses, depois parei também no tempo da amamentação, fiquei mais seis meses... mas depois que meu filho saiu do peito, aos seis meses, eu voltei a usar de novo. (IC9. Quero ficar internada para não usar droga. Entrevistas G1-G3 e G7-G9).*

A internação de gestantes usuárias pode ser intervenção que cria possibilidades de acesso a um serviço de saúde, para tratamento especializado, sendo alternativa para evitar ou diminuir as complicações maternas e neonatais. É importante que a gestante seja acolhida num espaço preparado, adequado e com profissionais qualificados, que possam ajudá-la a manter a gestação e recém-nascidos saudáveis. Deve-se entender essa gestante como sujeito de direitos, convidando-a a se tratar. Em situação onde não houver o resultado esperado e se decidir pela internação compulsória, não se pode esquecer de buscar referências familiares como apoio e complemento a esta ação.

A falta de percepção sobre a dependência, assim como certo controle exercido pelos profissionais de saúde emergem do DSC20:

DSC20. *Eu estava usando bastante crack no começo da gravidez. Depois que eu engravidei, aí peguei e parei. Agora não é todo dia, mas eu bebo. Também, essa vida que eu levo, pelo amor de Deus! Por isso a mulher [profissional da saúde] encanou comigo, que eu estou viciada em álcool... não bebi de cair, não estou viciada em álcool. Eu bebo por frescura, para acompanhar todo mundo, mesmo. Talvez eu beba hoje e amanhã, depois, a semana inteira eu não coloco álcool na boca... (IC8. Não me considero viciada. Entrevistas G4-G5).*

Deve-se ampliar a discussão sobre o álcool, mesmo esta sendo uma droga lícita, mas que tem sido usada de maneira recorrente por gestantes. Há anos as evidências apontam que essa droga pode afetar o desenvolvimento fetal. Seus efeitos no recém-nascido são descritos como importante problema de saúde pública no mundo⁴³, embora se deva destacar que no Brasil existe carência de dados sobre tal consumo entre gestantes⁴⁴.

Em geral, pesquisadores apontam aumento no consumo de bebidas alcoólicas pela população feminina, a qual carrega consigo especificidades que fazem deste comportamento um fenômeno complexo, tanto pelo contexto social em que acontece quanto pelas consequências à sua saúde e relações sociais⁴⁵.

Estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) avaliou como a sociedade se comporta diante do uso de drogas lícitas e ilícitas. No que diz respeito à quantidade de dependentes de drogas no país, os resultados apontaram para o álcool como o maior problema, já que cerca de 12% da população estudada apresenta-se dependente⁴⁶.

Considerando-se população de gestantes específica, a de adolescentes, encontrou-se prevalência de consumo de álcool elevada: 32,4% das 256 grávidas de Teresina (Piauí) referiram consumir álcool. Os achados quanto ao padrão de consumo são ainda mais preocupantes, pois mostraram altos percentuais de uso pesado de álcool, o que permitiu classificar muitas das adolescentes nos grupos de uso nocivo e de possível dependência⁴⁵.

Tema 4 . A rede de atenção à saúde de gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Dos discursos das gestantes emergem aspectos relativos à rede de atenção à saúde. O vínculo com os serviços de saúde é abordado no DSC 21, podendo ser reconhecido o papel das próprias gestantes.

DSC21. *Estou passando em consulta e se eu não venho à consulta eles vão em casa. Só não venho mais por causa do crack. A gente tem que querer, porque ajuda a gente tem bastante. A culpa não é de vocês, o erro está em mim, vocês estão fazendo o que podem, mas também eu tenho que ter força de vontade. Tem que querer se ajudar, não adianta vocês fazerem e a gente não estar interessada. É como vocês falam: aqui dentro vocês estão protegidas. Eu estar longe das drogas, isso me faz tão bem!* **(IC11. Não adianta vocês fazerem e a gente não estar interessada.** Entrevistas G3, G9-G10).

Pesquisa anterior concluiu que o tratamento do abuso de substância é eficaz em diminuir o consumo e melhorar os resultados do parto para as mulheres grávidas que frequentam tratamento⁴⁷. O DSC21, porém, ressalta que é necessário o envolvimento da própria usuária, que precisa querer o tratamento, para que este funcione.

Mães que usam drogas revelam claramente ambivalência entre dedicar-se aos filhos e continuar consumindo drogas, geralmente associadas a sentimento de culpa⁴⁸. Essa culpa acaba por dissuadí-las de assumirem o uso problemático de substâncias e, posteriormente, atua como barreira, impedindo o acesso a serviços de suporte^{49,50}.

Nos discursos reconhece-se, também, o papel dos serviços de saúde. No DSC22 é discutida a qualidade do serviço e a falta de acolhimento na APS (DSC 22).

DSC22. *O posto de saúde não dá atendimento bom. É só chegar lá e medir a pressão, ver como é que o bebê está, põe no papel e da alta, pode ir embora. Nunca tem médico para atender, eles não falam sobre drogas e também não dão nenhum*

encaminhamento. Quando eu passei mal eles não quiseram me atender, falaram que eu tinha que passar lá [em outro posto de saúde] porque eu moro lá. Eu estava grávida, passando mal e eles não me atenderam. Aí fui para o pronto socorro. (IC12. Não me atenderam, disseram que meu posto era outro. Entrevistas G4-G5 e G10).

Do DSC22 emerge a falta de acolhimento no atendimento individual, assim como a ausência de uma rede integrada de assistência a essa gestante, evidenciada no momento em que houve perda de oportunidade de identificar a usuária e de encaminhá-la para o serviço de referência. Diante desse contexto de falha de acesso aos serviços, torna-se difícil oferecer melhores condições para construção de vínculos e responsabilização entre os profissionais e usuários, para melhoria das condições de saúde⁵¹.

Os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com as usuárias e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde. Deve-se enfatizar a importância primordial da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção⁵¹.

A segmentação do cuidado tem como causa importante a concepção seletiva para o acesso aos serviços, que acarreta importantes lacunas na assistência e falta de garantia na continuidade do cuidado. As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, por outro lado, podem viabilizar condições estruturais para efetivação da integralidade da atenção e redução dos custos dos serviços, por imprimir maior racionalidade sistêmica na utilização destes⁵¹.

Apesar do uso de drogas ser temática considerada transversal, a se abordar durante todas as consultas nos serviços de saúde, a discussão e a troca de experiências entre os profissionais é pouco frequente, o que dificulta a identificação dos fatores de risco e das implicações do uso de drogas na gestação para a saúde da mulher e da criança³⁴. Nesse sentido, a OMS recomenda aos programas de saúde da mulher, que enfatizem o rastreamento de gestantes, especialmente nas

áreas em que o consumo de drogas seja frequente, visando detectar precocemente esse grupo de risco e prevenir o abuso de substâncias na gravidez⁵². Torna-se pertinente, também, a sensibilização dos gestores de saúde sobre a necessidade de educação continuada dos profissionais, bem como a realização de mais estudos que permitam identificar os principais grupos de risco, para que as intervenções sejam implementadas de forma eficaz³⁴.

Críticas também foram realizadas quanto aos serviços de referência: no DSC23 é discutida a falta de participação ativa dos profissionais de saúde nos serviços habilitados e, no DSC24, a dificuldade da gestante inserir-se em alguns tipos de atendimento.

DSC23. *Os médicos [do serviço de referência] entravam na sala, dava uns cinco minutos e saíam. Eles nem colocavam as mãos em mim. Também tem a hora que o médico pode te atender e isso é a hora que ele quiser! (IC13. Não me examinaram.* Entrevistas G4, G5 e G10).

DSC24. *Queriam que eu viesse na reunião, no grupo, e eu falei que não ia vir. Como encaminharam para cá, então peguei e saí do pré-natal, falei que eu não ia fazer. Agora eu voltei [ao pré-natal] porque elas falaram que não iam mais encher o saco, pedir para eu passar [no grupo]. (IC14. Saí do pré-natal para não passar pelo grupo.* Entrevistas G7 e G8).

A atuação multiprofissional com gestantes deve considerar a interação de muitos fatores, os profissionais que atuam com gestantes devem vê-las com uma “concepção de pessoa humana”, procurar estabelecer mecanismos de interação que desvelem as verdadeiras necessidades e seus significados, portanto, o aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente, deve incluir o cuidar da mulher grávida considerando as suas necessidades biopsicossociais e culturais⁵³.

Outro ponto da rede de atenção à saúde das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas é o serviço de internação, abordado no DSC25 e no DSC26.

DSC25. *Aqui é totalmente diferente [serviço X], o atendimento é bem melhor, fui bem acolhida, bem tratada. É uma excelente equipe, não tenho o que reclamar dos*

enfermeiros, e muito menos da equipe médica... Eu fiz os exames, foi explicado tudo certinho, eles falam o que está acontecendo... perguntam um monte de coisa, me deram a maior atenção! Eu também passo no psiquiatra e pelo grupo, é bom, porque a gente se abre bastante... foi o melhor lugar que eu vim até hoje. Por mim, eu ficava aqui um ano. O único problema é que a gente sente falta da nossa casa. (IC15. No hospital fui acolhida e bem tratada. Entrevistas G1-G10).

DSC26. *Lá é horrível [serviço Y], terrível, não é lugar para mim... eu acho que aquilo lá deveria fechar, não deveria estar aberto. Amarram a gente na cama, dá injeção, a medicação é muito forte, dopam você de remédio, fica dormindo três dias. É a mesma coisa que você estivesse usando drogas, eu saí de lá dopada, não conseguia falar com ela [minha mãe] no telefone direito. (IC16. Aquele hospital não era lugar para mim. Entrevistas G1 e G3).*

Dos discursos apreende-se que os serviços de internação podem ajudar ou comprometer a recuperação, sendo necessária a avaliação individualizada da assistência e da gravidade e comprometimento de cada caso, além de considerar comorbidades. Destaca-se que são diversos os serviços de internação que tratam os DSC 25 e 26.

De modo geral, o campo da saúde mental vem passando por importantes transformações conceituais e operacionais e baseados nos princípios do SUS, reorienta o modelo de atenção sobre a dependência, amparando determinadas concepções sobre o que vem a ser a problemática relacionada ao uso de substâncias psicoativas, suas implicações e desdobramentos, as possibilidades da atenção ao problema, bem como, suas técnicas de intervenção⁵⁴.

Da análise dos discursos dessas mulheres incluídas neste estudo emergem aspectos relativos à fragilidade da rede de atenção à saúde das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas. No contexto deste estudo, aspectos relevantes não são contemplados, nem pela Rede Cegonha, nem pela Rede de Atenção Psicossocial e pode-se observar a falta de integração dessas redes.

5. CONCLUSÕES

Dos discursos pode-se apreender que, a despeito da existência de serviços com diferentes níveis de complexidade no município, voltados para o atendimento em saúde mental e, conseqüentemente, às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, há problemas a serem superados, como perda de oportunidade de atendimento, proposição de atividades que podem afastar a gestante da atenção à saúde, inadequação dos serviços e desarticulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

Para que se possa planejar a atenção em saúde, faz-se necessário conhecer as mulheres, para tanto, é importante lançar mão de olhar ampliado e atento para seus anseios, capaz de apreender a sua individualidade e suas necessidades de saúde. Neste contexto, questões como o papel da internação como medida protetora para a gestante e seu conceito, o medo da recaída; a dificuldade de reconhecimento da dependência; o papel do pai da criança, tanto na promoção, quanto na inibição do uso de álcool e/ou outras drogas precisam ser reconhecidos pelos profissionais, de forma que intervenções singulares, adequadas e oportunas sejam propostas.

REFERÊNCIAS

1. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. Esc. Anna Nery. 2014; 18(3): 428-434.
2. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Results from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-48, HHS Publication n°. (SMA) 14-4863. 2015[acesso em 09 jan]. Disponível em <http://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/NSDUHresultsPDFWHTML2013/Web/NSDUHresults2013.pdf>.
3. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Rev. Psiqu. Clín. 2008; 35(supl1): 44-47.
4. Moe V, Siqueland T, Slinning K. Children of parents with substance abuse and mental health problems. In: International Perspectives on Children and Mental Health. Child Psychology and Mental Health. California (CA): PRAEGER, 2010. 255p.
5. Narkowicz S, Płotka J, Polkowska T. Prenatal exposure to substance of abuse: A worldwide problem. Environment International. 2013; 54: 141-163.
6. Bailey B, McCook JG, McGrady L. Infant birth outcomes among substance using women: why quitting smoking during pregnancy is just as important as quitting illicit drug use. Maternal and Child Health Journal. 2012; 16(2): 414-22.
7. Greaves L, Poole N. Bringing sex and gender into women's substance use treatment programs. Substance Use & Misuse. 2008; 43: 1271-3.
8. Schempf A, Strobino, D. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? Journal of Urban Health. 2008; 85(3): 858-73.
9. Kim J, Krall J. Literature Review: Effects of Prenatal Substance Exposure on Infant and Early Childhood Outcomes. 2006. [acesso em, 23 ago 2015]. Disponível em: http://aia.berkeley.edu/media/pdf/prenatal_substance_exposure_review.pdf
10. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta Paul Enferm. 2013; 26(5): 467-71.
11. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003. p. 13-35.
12. Merighi MAB, Praça NS. Pesquisa qualitativa em enfermagem. In: Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan, 2003. p.1-3.
13. Tavares LA, Almeida AR, Filho NA, MacRae B, Ferreira OS. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador (BA): EDUFBA;CEETAD/UFBA. 2004. [acesso em 13 jan 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>
14. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27

15. Marangoni SR. Contextos de exclusão social e de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal. [tese de doutorado]. Maringá (SP): Universidade Estadual de Maringá, 2011.
16. Yabuuti PLK, Bernardy CCF. Perfil de Gestantes Usuárias de Drogas Atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2014; 38(2): 344-356.
17. Nunes ELG, Andrade AG. Adolescentes em situação de rua: prostituição, drogas e HIV/AIDS em Santo André, Brasil. Psicol. Soc. 2009; 21(1): 45-54.
18. Mesquita MA, Segre CAM. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento Hum. 2009; 19(1): 63-77.
19. Figlie NFA, Fontes A, Moraes E, Payá R. Filhos de dependentes químicos com fatores de risco biopsicossociais: necessitam de um olhar especial? Ver Psiquiatr. Clín. 2004; 31(2): 53-62.
20. Viera EM. A questão do aborto no Brasil. Ver Bras. Ginecol. Obstet. 2010; 32(3): 103-4.
21. Gurgel MGI, Alves MDS, Vieira NFC, Pinheiro PNC, Barroso GT. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Esc. Anna Nery [Internet]. 2008 [acesso em: 13 jan 2016]; 12(4): 800-806. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452008000400027>.
22. Broen AN, Moum T, Bodtker AS, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. BMC Med. 2005; 12: p.3–18.
23. Bellien CV, Buonocore G. Abortion and subsequent mental health: review of the literature. Psychiatry Clin Neurosci. 2013; 67: 301–10.
24. Dingle K, Alati R, Clavarino A, Najman JM, Williams GM. Pregnancy loss and psychiatric disorders in young women: an Australian birth cohort study. Br J Psychiatry. 2008; 193(6): 455–60.
25. Cavalcante A, Xavier D. Em defesa da vida: aborto e direitos humanos. [internet]. São Paulo (SP): Católicas pelo Direito de Decidir, 2006. [acesso em: 11 jan 2016]. Disponível em: <http://catolicas.org.br/wp-content/uploads/2006/01/Livro-EmDefesadaVida.pdf>
26. Dodge K, Potocky M. Female substance abuse: Characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. Journal of Substance Abuse Treatment. 2000; 18: 59–64.
27. Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER. Saúde de Mulheres e o Fenômeno das Drogas em Revistas Brasileiras. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(1): 92-100.
28. Tracy EM, Munson MR, Peterson LT, Floersch JE. Social Support: A Mixed Blessing for Women in Substance Abuse Treatment. J Soc Work Pract Addict. 2010; 10(3): 257-282.
29. Ministério da Saúde. Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais. 2009. [acesso em 25 set 2015]. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_métodos_anticoncepcionais.pdf

30. Alves VS. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública. 2009; 25(11): 2309-2319.
31. Marangoni SR, Oliveira MLF. Uso de crack por multipara em vulnerabilidade social: história de vida. Cienc. Cuid Saúde. 2012; 11(1): 166-172.
32. Piccinini CA. Gestação e a Constituição da Maternidade. Psicologia em Estudo. 2008; 13(1): 63-72.
33. Lam WK, Wechesberg W, Zule W. African American women who use crack cocaine: A comparison of mothers who live with and have been separated from their children. Child Abuse & Negl. 2004; 28(11): 1229-47.
34. Portela GLC, Barros LM, Frota NM, Landim APP, Caetano JÁ, Farias FLR. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2013; 9(2). Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/smad/article/view/79656>
35. Ornoy A, Daka L, Goldzweig G, Gil Y, Mjen L, Levit S. Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug-addicted parents: Effects of SES and adoption. Child Abuse & Neglect. 2010; 34: 354–368
36. United Nations Office on Drugs And Crime. Substance Abuse Treatment and Care for Women: Case Studies and Lessons Learned. New York: 2004. 105p.
37. Roberts SC, Nuru-Jeter A. Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. Womens Health Issues. 2010; 20(3): 193–200.
38. Alencar AFG. Capacidade jurídica do dependente químico e a perda do poder familiar. 2013. [acessado em 13 jan 2016]. Disponível em: <http://www.editorajc.com.br/2013/12/capacidade-juridica-dependente-quimico-perda-familiar>
39. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União. [acesso em: 04 jan 2016] Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.
40. Rosa AS, Brêtas ACP. Violence in the lives of homeless women in the city of São Paulo, Brazil. Interface (Botucatu). 2015; 19(53): 275-85.
41. Maldonado MTP. Aspectos Psicológicos da Gravidez do Parto e do Puerpério. In: Psicologia da Gravidez. Rio de Janeiro (RJ): ed. Petrópolis Vozes, 2002. p. 48-60.
42. Costa IG. As percepções da gravidez de risco para a gestante e as implicações familiares. Rev. gaúcha Enferm. 2002; 23(1): 30-46.
43. Mesquita MA. Efeitos do álcool no recém-nascido. Einstein. 2010; 8(3): 368-75.
44. Bucher B. Alcoolismo feminino e gestação: prazer e deficiência andam juntos. Rev. Conexão Eletrônica. 2015; 12(1).
45. Veloso LUP, Monteiro CFS. Prevalência e fatores associados ao uso de álcool em adolescentes grávidas. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2013; 21(1): 433-441.
46. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas : leitura recomendada para alunos a partir do 7º ano do ensino fundamental. 2013. [acesso em 12 jan 2016]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/328197.pdf>

47. Jones VDS, Tran G. Patient compliance and maternal/infant outcomes in pregnant drug-using women. *Substance Use and Misuse*. 2002; 37(11): 1411–1422.
48. Silva PL. As Representações Sociais do uso de drogas entre familiares de usuários em tratamento. Dissertação [Mestrado]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia. 2007. [acesso em 24 fev 2015]. 205p. Disponível em: http://www.pospsi.ufba.br/Priscila_Silva.pdf
49. Mkandawire-Valhmu LRE, Bathum M. Promoting an egalitarian approach to research with vulnerable populations of women. *Journal of Advanced Nursing*. 2009; 65(8): 1725-34.
50. Kerrigan A, Houghton G. Including marginalised groups in maternity research: the challenges for midwives. *Evidence Based Midwifery*. 2010; 8(1): 4-7.
51. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(6): 2753-2762.
52. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009. [acesso em 17 set 2015]. Disponível em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf
53. Falcone VM, Mader CVN, Nascimento CFL, Santos JMM, Nóbrega FJ. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Rev. Saúde Pública*. 2005; 39(4): 612-8.
54. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. *Psico*. 2011; 42(2): 168-178.

Artigo III

Representações de profissionais de saúde
sobre o atendimento a gestantes usuárias de
álcool e/ou outras drogas.

Resumo: O uso de álcool e/ou outras drogas tem se tornado um problema complexo, ganhando entre as gestantes maior importância, pois a exposição a estas substâncias pode levar ao comprometimento da integridade do binômio mãe-feto. Tal agravamento vem desafiando os profissionais de saúde a adotarem condutas capazes de abordar de forma dinâmica e integral os diferentes aspectos do processo da dependência durante o período gestacional. Partindo deste contexto, esse estudo teve como objetivo apreender as representações de profissionais de saúde sobre o uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes, com a finalidade de obter subsídios para analisar o trabalho em rede de atenção à saúde para as mesmas. Trata-se de estudo com abordagem qualitativa, que adotou como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais e, como referencial metodológico de análise dos dados, o Discurso do Sujeito Coletivo. Como pertinente aos estudos qualitativos, foi constituída amostra intencional de profissionais atuantes em serviços de saúde de atenção primária e especializados de município do interior paulista, sendo a coleta de dados realizada entre os meses de outubro e novembro de 2014, por meio de entrevista semiestruturada. Em geral, encontrou-se que os serviços trabalham de forma isolada, são poucas as iniciativas de integração e praticamente inexistem ações intersetoriais voltadas ao cuidado dessas gestantes. Deve-se reconhecer, porém, que existem ações individuais voltadas a qualificar o atendimento dessas mulheres, assim como algumas tentativas de aproximação entre os serviços. Pode-se constatar, assim, que apesar da existência no município de serviços de diferentes pontos das redes de atenção à saúde (tanto da atenção básica, quanto da atenção ambulatorial e hospitalar especializada), disponíveis para atendimento às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, ainda é incipiente o trabalho em rede de atenção à saúde voltada a essa população. **Descritores:** *Profissional da Saúde, Gestante, Usuário de Drogas, Atenção à Saúde.*

Abstract: The use of alcohol and / or other drugs has become complex problem, winning among pregnant women utmost importance because exposure to these substances can lead to compromising the integrity of the mother-fetus binomial. Such grievance has challenged health professionals to adopt behaviors able to approach dynamic and comprehensive manner the different aspects of the addiction process during pregnancy. From this context, this study aimed to apprehend the representations of health professionals on the use of alcohol and / or other drugs by pregnant women, in order to obtain information to analyze the work in health care network for them. This is qualitative study, that adopted as a theoretical reference the Social Representation Theory, and the methodological framework for data analysis, the Collective Subject Discourse. As relevant to qualitative studies, it was constituted intentional sample of professionals working in primary health care services and the São Paulo municipality of specialized, with data collection conducted between the months of October and November 2014, through semi interview structured. In general, it was found that the services work in isolation, there is little integration initiatives and practically no intersectoral actions to the care of these women. It should be recognized, however, that there are individual actions to qualify the care of these women, as well as some overtures between services. It can be seen therefore that despite the existence in the city from different points of the health care network services (both primary care, as the ambulatory care and specialized hospital) available to care for pregnant women users of alcohol and / or other drugs, is still incipient networking of health care aimed at this population. **Keywords:** *Healthcare Worker, Pregnancy, Drug User, Health Care.*

1. INTRODUÇÃO

O uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade atual tem se tornado problema complexo e, embora as transformações histórico-culturais e as inovações científico-tecnológicas tenham sido marcantes nos últimos anos, as concepções e modelos de abordagem de tal fenômeno não têm avançado expressivamente, o que demanda estudos e reflexões relacionados às intervenções, bem como às políticas e aos saberes teóricos que têm subsidiado o cuidado nesta área¹.

A dependência das drogas é transtorno onde predomina a heterogeneidade de características, já que afeta diferentes pessoas por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. Além disso muitos usuários não compartilham da expectativa e anseio de abstinência propostos pelos profissionais de saúde e abandonam o tratamento².

Além do uso de álcool e outras drogas serem problema de saúde pública e repercutir de maneira assustadora na sociedade de modo geral, entre as gestantes o problema ganha ainda mais relevância e importância, pois esse agravamento à exposição dessas pacientes às drogas pode levar a problemas irreversíveis ao conceito³.

Existe estimativa de que 4% das gestantes americanas usem substâncias ilícitas, 4% *bingedrinking* ("beber episódico", com grande quantidade de bebida alcoólica sendo consumida em curto período de tempo), e 18% fumem cigarros. Tais hábitos podem estar associados a complicações nos períodos pré-natal, neonatal e pós-natal, repercutindo em problemas físicos e mentais das crianças⁴.

É grande a variedade de opiniões sobre como abordar o problema do crescente consumo de drogas em todo o mundo. As interrelações entre saúde, globalização, drogas, e o processo de desenvolvimento atual, envolvem aspectos relacionados à economia, política, tecnologia, poder, sociedade, cultura e ética, entre outros, gerando discussões por parte de gestores, profissionais de saúde e formadores de políticas públicas, com vistas a resolver e/ou minimizar os inúmeros problemas consequentes a ele⁵.

Estudo realizado na Flórida, Estados Unidos da América, com 392 enfermeiras que atuavam em 10 unidades perinatais hospitalares, utilizando o

questionário Attituds About Drug Abuse in Pregnancy (AADAP), para avaliar atitudes frente ao uso de drogas na gravidez, concluiu que as participantes tinham conhecimento limitado sobre a exposição às substâncias psicoativas, adição e seus efeitos colaterais, assim como, demonstraram atitudes mais punitivas e negativas do que positivas ou de suporte para mulheres que abusaram de substâncias durante o período perinatal⁶.

Entender o fenômeno do uso de álcool e/ou outras drogas constitui desafio para os profissionais de saúde, de maneira que possam adotar condutas capazes de abordar de forma dinâmica e integral os diferentes aspectos da dependência química. Para que se obtenham ações mais integrais é necessário que haja a consequente definição de papéis entre os diversos níveis de governabilidade, demandando processos de formação e capacitação com amplo investimento político e operacional para a mudança de conceitos².

As propostas atuais da rede de atenção à saúde contemplam o universo de usuários de álcool e/ou outras drogas, bem como a atenção à saúde materno-infantil, por meio da Rede de Atenção Psicossocial, priorizando o enfrentamento do álcool, crack e/ou outras drogas e Rede Cegonha, respectivamente⁷. Contudo, ainda não foram estabelecidas, efetivamente, diretrizes oficiais para a atenção integral às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas⁸.

Desta maneira, faz-se necessário provocar discussões quanto a esse problema na perspectiva dos profissionais da saúde, em diferentes realidades, inclusive abordando as representações dos mesmos diante do uso de álcool e outras drogas no contexto da gestação. Assim, esse artigo teve como objetivo apreender as representações de profissionais de saúde que atuam nos serviços públicos de saúde de Botucatu/SP, nas áreas materno infantil e/ou de saúde mental, sobre o uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes, com a finalidade de obter subsídios para analisar o trabalho em rede de atenção à saúde para as mesmas.

2. MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório do tipo qualitativo, que adotou como referencial teórico a Teoria das Representações Sociais (TRS) e como referencial metodológico o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

A abordagem qualitativa tem sido cada vez mais utilizada nas últimas décadas, para tentar entender mais profundamente o complexo fenômeno do uso e abuso de drogas⁹, principalmente porque este uso constitui comportamento complexo, que merece investigações para descobrir particularidades individuais e coletivas¹⁰. Embora o desenvolvimento de pesquisas de cunho quantitativo permita levantar aspectos relevantes, como as tendências de determinado fenômeno nas populações, dificilmente conseguem retratar variações possíveis e relevantes, como é viável quando se adota a abordagem qualitativa de pesquisa¹¹.

As representações sociais colocam-se na interface do psicológico e do social, e podem ser compreendidas como formas de conhecimentos elaborados e compartilhados socialmente, que contribuem para a construção de uma realidade comum, permitindo o entendimento e a comunicação do sujeito no mundo¹².

Neste estudo, a partir das representações de profissionais de saúde sobre o uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes, buscou-se analisar o trabalho em rede de atenção voltado a esse grupo populacional.

Os dados coletados foram analisados segundo o método do Discurso de Sujeito Coletivo (DSC), referencial de organização e tabulação de dados qualitativos verbais. Para se obter certo pensamento em escala coletiva, é preciso somar os discursos coletados por meio de questão aberta formulada a um conjunto de indivíduos, de forma que tenha sido possível às pessoas expressarem seu pensamento e, portanto, elaborarem seu discurso. Desse discurso pode-se, então, extrair as expressões-chave, as quais são agrupadas em torno de ideias centrais semelhantes, compondo um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular¹³.

Foram selecionados para esta pesquisa 21 profissionais de saúde que atendem gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas do município de Botucatu/SP. Como

pertinente aos estudos qualitativos, foi constituída amostra intencional destes profissionais, atuantes nos seguintes serviços: Serviço de Atenção e Referência em Álcool e Drogas (SARAD - oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, para usuários de álcool e/ou outras drogas), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad - “Renascer” - serviço aberto, de base comunitária, que fornece atenção contínua a pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas), Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF - equipe criada com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços) e Unidades da Atenção Primária à Saúde (APS) do município, contemplando, portanto, serviços de atenção primária, secundária e terciária.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro e novembro de 2014, a partir de entrevistas semiestruturadas com roteiro previamente elaborado pelo pesquisador, procurando expandir e aprofundar a temática escolhida a partir da introdução de novas perguntas que pudessem contribuir para o esclarecimento ou aprofundamento das informações que estavam sendo colhidas¹⁴.

Quando os entrevistados começaram a apresentar, na visão da pesquisadora, certa redundância ou repetição nas respostas, considerou-se irrelevante prosseguir com a coleta, visto que o material empírico coletado já permitia responder ao objetivo proposto. Assim, a interrupção da coleta de dados ocorreu quando houve saturação teórica, ferramenta conceitual usada nas pesquisas qualitativas para estabelecer o tamanho final de uma amostra em estudo¹⁵.

A entrevista foi gravada após consentimento dos profissionais, conduzida e transcrita pela autora do estudo, com as seguintes questões norteadoras sobre o uso de álcool e/ou outras drogas na gestação e a atenção de saúde dispensada a esse agravo (Anexo 2): 1) A que você atribui o uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes? 2) Como é para você atender gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas? 3) Você se sente preparado (a) para trabalhar com essas gestantes? 4) Como você vê o atendimento e como deveria ser o atendimento a essas gestantes?

O projeto desta investigação foi submetido à apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de Botucatu da

Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, o qual está ligado ao Comitê Nacional de Ética em Pesquisa e, assim, atendeu a todas as normas previstas para pesquisas realizadas com seres humanos (Parecer nº 820.364/2014).

Os serviços envolvidos autorizaram a coleta de dados com os profissionais da saúde e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, estando uma de posse da pesquisadora responsável pela pesquisa.

Para resguardar o anonimato na apresentação dos resultados, os depoimentos coletados seguem identificados com a letra P (profissional da saúde), seguida por número que indica a ordem de realização das entrevistas.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Breve caracterização dos 21 profissionais participantes do estudo indica que o grupo foi constituído por enfermeiros em sua maioria (nove), quatro médicos, três assistentes sociais, três psicólogos e dois terapeutas ocupacionais. A média de idade do grupo foi de 34 anos, variando entre 26 e 51 anos e a imensa maioria era do sexo feminino (20). O local de trabalho onde mais se realizaram entrevistas foi no SARAD (nove), seguido do NASF (cinco), nas unidades de APS (cinco) e CAPS-ad (duas). Em relação ao tempo de trabalho na área da saúde, aproximadamente um terço referiu trabalhar nesta área há menos de cinco anos. Quando se questionou o tempo de trabalho com usuários de álcool e/ou outras drogas, dez profissionais trabalhavam entre dois e cinco anos e oito referiram trabalhar há menos de um ano. Quanto à realização de cursos lato sensu na área de saúde mental, somente dois dos 21 profissionais possuíam especialização (terapeuta ocupacional e assistente social) e outros dois tinham realizado aprimoramento (assistente social e enfermeira) em saúde mental, sendo que dois destes atuavam no NASF, um no CAPS-ad e outro no SARAD.

Das análises das entrevistas realizadas emergiram três temas: **1.** Vulnerabilidade das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas; **2.** A difícil abordagem clínica e psicossocial das gestantes usuárias de álcool e/ou outras

drogas e **3.** Desarticulação do trabalho em rede na atenção às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Tema 1. Vulnerabilidade das gestantes usuárias de álcool e outras drogas.

Alguns profissionais relacionaram o uso de álcool e/ou drogas na gestação a múltiplos fatores: problemas pessoais, sociais, de educação, de atenção à saúde e políticos. Nesse contexto, as concepções desses profissionais se aproximam do conceito de vulnerabilidade, uma vez que apontaram questões individuais: o próprio comportamento e atitudes frente às práticas de saúde durante a gestação; sociais, configurado principalmente na família e no ambiente em que a gestante vive; e institucionais, relacionado à capacidade de resposta dos serviços de saúde e outras instituições que prestam o cuidado a essa população.

O DSC1 aponta alguns dos fatores determinantes e consequentes do uso de álcool e/ou outras drogas por gestantes considerados pelos entrevistados:

DSC1. *Inúmeros fatores levam a pessoa a usar drogas e se tornar dependente, relativos à estrutura familiar, suporte social, informação e acredito que até as questões políticas possam influenciar. A maioria delas [gestantes] não segue os estudos, acaba não tendo conhecimento e muitas vivem em situação de miséria. A gente acaba vendo mais isso: dificuldade de acesso, de educação. (IC1. O uso de drogas na gestação é multideterminado e traz consequências muito ruins. Entrevistas P2-P4, P8-P16 e P18-P20).*

Fatores da mesma ordem foram identificados em estudo realizado em município de médio porte do interior do estado de Santa Catarina, em depoimentos de profissionais da Estratégia Saúde da Família: enfermeiros, médicos e agentes comunitários de saúde¹⁶.

Evidencia-se que os entrevistados, entendendo os diferentes tipos de vulnerabilidade dessas usuárias, deram destaque a questões familiares, conforme constam dos Discursos 2 e 3. O DSC2 revela, inclusive, que para os entrevistados, a convivência de gestantes com pessoas que usam drogas no ambiente familiar pode ter motivado a adoção ou manutenção desse comportamento por elas.

DSC2. *No caso das gestantes, o uso de drogas tem um pouco de influência da família, não tem mais aquele vínculo, os valores de antigamente, está tudo muito espalhado. Já vem do histórico da vida delas: em algum momento tiveram algo que as levou ao uso da droga, talvez o próprio familiar a tenha introduzido, ou por ser a estrutura familiar desajustada. Elas eram usuárias de drogas antes da gestação, engravidam por acaso e mantém esse comportamento, essa escolha. (IC2. A própria família interfere no consumo de droga e/ou álcool. Entrevistas P1-P3, P5, P10, P12-14, P17, P19 e P21).*

O DSC2 deixa transparecer concepções pré-estabelecidas a respeito da influência da estruturação familiar e o uso de álcool e/ou outras drogas por um de seus membros.

Ainda que mudanças sejam constantes na estrutura familiar brasileira, especialmente na última década, e, mesmo havendo valores e tabus a respeito de estruturas familiares que divergem do modelo tradicional, tem-se que o uso indevido de álcool e/ou outras drogas no âmbito familiar não se associa diretamente ao tipo de estrutura que a família apresenta¹⁷. Sendo assim, entende-se que o papel da família é mais importante sob a perspectiva da prevenção ao uso das drogas, não cabendo impor à estrutura familiar o papel de causadora deste uso indevido.

Independentemente do tipo de arranjo familiar, por outro lado, a fragilidade dos vínculos familiares pode ser relevante no contexto do uso de álcool e/ou outras drogas, como apontado por gestantes acompanhadas no serviço pré-natal de maternidade pública de Salvador (BA)¹⁸.

Neste sentido, o DSC3 apresenta o reconhecimento, por parte dos profissionais, dessas situações desfavoráveis em várias oportunidades de atendimento junto às gestantes usuárias de drogas:

DSC3. *A gente vai trabalhar com a família e vê a falta de interesse em continuar com aquele bebê [depois do nascimento]. Às vezes a família já desistiu da gestante, não está mais dando suporte. É complicado. Por exemplo, teve um caso, o pai falou que não vai fazer mais nada, que ele já tentou de tudo... Aí você vai visitar e vê que a família abandonou a gestante, lavou as mãos. Ela [gestante] não tem apoio,*

peessoas para conversar. A gente faz abordagem, orienta a família, oferece tratamento, fala do SARAD, da desintoxicação, encaminha para o CAPS... e nada! A gente acaba vendo que elas têm uma rede de apoio familiar super fragilizada. (IC3. A rede de apoio familiar é frágil. Entrevistas P8, P12 e P14).

A família, independente do tipo de arranjo, pode ser considerada o centro, no que se refere à prevenção do consumo e à promoção da saúde da pessoa usuária de drogas, haja vista ser a célula mater, responsável pela socialização dos indivíduos. Sabe-se que os componentes sociais e institucionais estão interligados a essa problemática, mas a vinculação entre familiares, o cuidado amoroso e a relação comunicativa pode, de fato, contribuir positivamente com as possibilidades de tratamento e condução da gestação¹⁹.

Ao abordar o consumo de álcool e/ou outras drogas na gestação, deve-se considerar a complexidade das relações que se estabelecem entre inúmeros fatores durante a gestação e as constantes mudanças que ocorrem ao longo da mesma. Assim, é preciso adotar abordagem sofisticada, que considere as interações entre os diferentes fatores envolvidos, principalmente no que se relaciona ao ambiente familiar¹⁸.

Outro aspecto muito complexo para se refletir ao abordar o universo do funcionamento familiar, é que as famílias muitas vezes estão desgastadas e desestimuladas com as recaídas, com a dificuldade de adesão e a não manutenção da abstinência do usuário.

Embora a relação problemática com o uso de drogas ocasione aos membros da família muitos afetos desagradáveis, pode também constituir ocasião de mudanças e enfrentamentos significativos para o sistema como um todo, além de ser oportunidade para que novos rearranjos ocorram, no que diz respeito aos padrões de comunicações, limites e redefinições de papéis e tarefas no seu interior²⁰.

Considera-se necessário, portanto, que os serviços busquem estratégias de inclusão e suporte aos familiares das gestantes usuárias. Esse tipo de abordagem

requer difícil, mas possível articulação dos serviços social, educacional e de saúde, numa visão multidisciplinar e com responsabilidade, também, da sociedade.

Além das representações dos entrevistados sobre o uso de álcool e/outras drogas por gestantes, apresentadas e discutidas anteriormente, o DSC4 evidencia que, para os profissionais de saúde, gestantes usuárias de drogas apresentam qualidade de vida muito ruim, convivendo com diversos tipos de violência.

DSC4- *A qualidade de vida delas é ruim, a grande maioria vive em situação de rua e o uso de drogas funciona como mecanismo de fuga. A gente percebe que elas têm dificuldade de tolerar as frustrações, são vítimas de violência, daí a droga acaba sendo um refúgio. Elas nem sabem se o companheiro é o pai da criança, o vínculo com eles é frágil, elas têm múltiplos parceiros e muitas vezes para fugir das questões familiares vão morar em barraquinhos, em situação de pobreza. (IC4. A qualidade de vida das gestantes usuárias de drogas é muito ruim. Entrevistas P5, P9-P10, P12, P14, P17, P19 e P20).*

Partindo do conceito de que vulnerabilidade está associada à chance que cada pessoa tem de se expor a determinado risco e/ou agravo, evidencia-se no DSC4 que as gestantes usuárias de drogas que convivem com parceiros usuários são mais vulneráveis a diversos tipos de violência.

Atualmente, a violência contra a mulher é considerada problema de saúde pública no Brasil. Uma em cada cinco mulheres brasileiras afirma ter vivenciado pelo menos um episódio de violência cometida por homem, sendo o autor, em 80% dos casos, o próprio companheiro²¹.

Estudo realizado em João Pessoa (PB), indicou que a ocorrência de violência física e ou psicológica aumenta quando o parceiro é usuário de álcool e/ou drogas, sendo que, nestes casos, a chance das mulheres sofrerem violência era sete vezes maior, com aumento do risco quando o consumo era diário²².

De fato, o consumo de drogas por familiares e/ou companheiro gera enfraquecimento dos vínculos familiares e a vivência de situações de violências no contexto familiar e conjugal¹⁸.

A gestação, porém, não tem se configurado como fator de proteção quando há consumo de bebida alcoólica pelo parceiro íntimo. Foi constatado em pesquisa realizada com gestantes usuárias do SUS, no município de Campinas (SP) que a frequência do consumo de bebida alcoólica pelo parceiro íntimo de duas ou mais vezes por semana aumentou em mais de duas vezes a chance de violência psicológica e de violência física e sexual²³.

Os problemas apresentados no DSC4 explicitam a necessidade de outros tipos de intervenções que extrapolam os serviços de saúde e o modelo biomédico, apontando para a propriedade de ações intersetoriais, considerando que as intervenções devam promover novas possibilidades de modificar e qualificar as condições e modos de vida, orientando-se pela produção de vida e de saúde e não se restringindo à cura de doenças. Isso significa acreditar que a vida pode ter várias formas de ser percebida, experimentada e vivida. Para tanto, é necessário olhar o sujeito em suas múltiplas dimensões, com seus desejos, anseios, valores e escolhas²⁴.

Nos DSC 5 a 7 os profissionais apontam o uso de álcool e/ou outras drogas para além da violência, associado a outras condições de vulnerabilidade, como a prostituição, ao tráfico de drogas ou mesmo a doenças.

DSC5. *Em geral, elas estão envolvidas com o tráfico. Não é tanto pelo gosto do uso da droga, mas essas mulheres moram muito perto do tráfico, da boca. Parece que crescem ali, achando tudo natural e como estão envolvidas neste meio, acabam usando. Isso é muito complexo, um desafio total, porque temos que trabalhar com elas as orientações do uso, trabalhar o psicológico da pessoa, conhecer a história e muitas vezes atender as famílias, que sempre são complexas. (IC4. A qualidade de vida das gestantes usuárias de drogas é muito ruim. Entrevistas P1-P3, P6-P9, P10, P12, P14-P18 e P20).*

DSC6. *Muitas vezes, o uso de drogas esta associado à prostituição, ao meio em que vivem. Elas vão atrás de dinheiro pela droga, fazem troca. Elas têm conhecimento da questão de preservativo, mas não utilizam, nem contraceptivo. Elas não têm crítica e se protegem menos. Não se cuidam e, às vezes elas nem lembram que tiveram relação sexual. A questão da sexualidade, da homossexualidade, também*

leva ao uso de drogas. (IC4. A qualidade de vida das gestantes usuárias de drogas é muito ruim. Entrevistas P3, P6, P8, P10, P17 e P20).

A vivência nas ruas em condições de pobreza induz muitas vezes ao envolvimento com o comércio sexual para o consumo ou tráfico de drogas e é frequentemente utilizado como recurso de sobrevivência²⁵. Assim, a falta de condições financeiras de mulheres usuárias de drogas pode levá-las a participar de atividades ilícitas e à prática sexual sem proteção em troca de drogas ou dinheiro, tornando-as sujeitas ao risco de gravidez indesejada e de doenças sexualmente transmissíveis²⁶.

Muitos motivos podem levar mulheres usuárias álcool e/ou drogas a viverem nas ruas: condições financeiras precárias, o próprio envolvimento com drogas, brigas, separação, prisão, desemprego e a busca pela liberdade, entre outros. Viver nas ruas, por vezes, não é opção, mas sim necessidade, pela falta de oportunidade²⁷.

Para alguns autores, a relação entre prostituição e consumo de drogas é histórica. Não é apenas uma união fácil, é prática corrente que envolve questões polêmicas, como a sexualidade, o prazer e a autonomia do ser humano em relação ao seu corpo. São comportamentos socialmente estigmatizados e apontados como de risco para a disseminação de infecções sexualmente transmissíveis¹⁰.

Diante do exposto, é evidente a necessidade de se ampliar a atenção à saúde desse público específico, de modo a construir raciocínio político adequado, buscando compreender o fenômeno contemporâneo da constituição de famílias. Faz-se necessário compreender o uso de drogas como decorrente de múltiplos fatores e construir novas formas de atuar junto a essa população, tendo como eixo as atividades cotidianas e as estratégias de vida, focando na própria mulher, adequando os serviços de saúde ao ritmo, à dinâmica de vida e considerando doenças que possam permear a essa população.

Como alternativa para a melhoria dessas situações, conta-se com a estratégia da Redução de Danos que tem como principal meta terapêutica, reduzir

os prejuízos provocados pelo uso/abuso de drogas, independente dos indivíduos conseguirem ou não interromper seu uso¹⁶.

Tema 2. A difícil abordagem clínica e psicossocial das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Em relação à atenção à saúde de gestantes usuárias de álcool e/ou drogas, os entrevistados salientaram a dificuldade enfrentada no cotidiano dos serviços de saúde, especialmente pela baixa adesão dessas mulheres ao tratamento, como pode ser apreendido do DSC7.

DSC7. *O uso de drogas na gravidez pode ser por algum problema psicossocial anterior, uma doença que a paciente tenha, às vezes uma comorbidade psiquiátrica, transtornos Boderline, bipolar ou rebaixamento cognitivo. A gente percebe a dificuldade de adesão ao tratamento e de parar com o uso durante a gestação. Tem também um pouco de dificuldade em relação à adesão ao pré-natal. Elas acabam esquecendo tudo e não fazem nada, é extremamente complicado lidar. A chance de adesão é pequena: você faz visita, telefona, liga para a família, tenta fazer vínculo e mesmo assim você não consegue trazer para dentro do serviço. A gente tem que fazer busca ativa, mas não é simplesmente cobrança. Essa pessoa precisa de ajuda, e isso não é tranquilo, você nem sempre consegue ajudá-la a se tratar. (IC5. É difícil aderirem ao proposto pelos serviços de saúde. Entrevistas P4, P7, P10-P12, P14, P16, P18 e P19).*

Estudo de prevalência sobre o uso de drogas na gestação, realizado no interior do Estado do Paraná, indicou que gestantes dependentes têm menor adesão ao cuidado pré-natal, tanto quando consideradas as consultas individuais, quanto aos grupos de gestante²⁸, corroborando com o discurso dos profissionais participantes do presente estudo.

A dificuldade enfrentada pelos profissionais junto a essas gestantes também pode ser observada, especialmente devido à sobrecarga psicológica a que são submetidos, conforme indica o DSC8.

DSC8. *É bem pesado lidar com pessoas usuárias. São histórias muito tristes e sofridas. Há estudo para isso, mas emocionalmente, psicologicamente, é muito ruim*

para o profissional da saúde. A gente precisa de suporte psicológico. Por conta das particularidades delas, elas exigem muito da gente: querem atenção o tempo todo, seus desejos são exacerbados, não conseguem se adaptar às regras e querem tudo na hora. Além de tudo a gente corre risco de represália: um dia um traficante veio falar que era importante que a gente não fizesse nenhuma denúncia... **(IC6. Elas exigem muito da gente.** Entrevistas P3, P5, P8, P15 e P21).

A integralidade da atenção à saúde requer espaços de apoio matricial em saúde mental. Esse apoio deve ser entendido como ferramenta que facilita o intercâmbio de saberes, o ganho de autonomia dos profissionais em relação ao acompanhamento, para o reconhecimento das condições materiais e sociais a que as pessoas estão submetidas, potencializando seus saberes, amenizando sofrimentos e esgotamentos, além de diminuir a passividade e a resistência, na constante busca de estratégias de enfrentamento em face à doença²⁹.

Em contraponto à visão da atenção integral, o DSC9 traz indícios do atendimento das gestantes usuárias de drogas de forma fragmentada, como se a um profissional coubesse atender apenas o componente obstétrico, sendo de outros profissionais a abordagem referente à sua saúde mental. Também deste discurso emerge o saber técnico de forma desvinculada de outros aspectos relevantes, como o relacional.

DSC09. *Tecnicamente a gente está preparada, não tem dificuldade. Foca na parte do pré-natal e da obstetrícia e acaba conversando um pouco e encaminhando para a saúde mental, assistente social e psicólogo. Mas falar para você que eu tive um preparo do serviço... tive preparo de correr atrás e estudar.* **(IC7. Tecnicamente não tenho dificuldades.** Entrevistas P4, P6, P15, P17 e P19).

Em estudo desenvolvido com gestantes usuárias de crack em Sobral (CE), a ação integrada dos serviços de saúde, assim como o trabalho em equipe fundamentado na troca de conhecimento entre os profissionais, permitiu a continuidade da atenção à saúde da gestante, feto e recém-nascido, sendo que atitudes como persistência e compreensão foram essenciais no acompanhamento desse público³⁰. Essa situação favorável parece não estar ocorrendo na realidade investigada.

No que se refere à atenção aos conceitos das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, os entrevistados apontaram que embora essa exista, ainda há limites para sua valorização, indicando a importância de sua centralidade como forma de protegê-los de problemas não apenas a curto, mas também mais a longo prazo, como pode ser observado nos DSC10 e DSC11.

DSC10. *Não é só uma paciente, são dois. A gente trabalha também para preservar a vida do bebê que está lá dentro. Um olhar conjunto, porque a gente sabe que tem um feto, e que ele está também usando [droga] junto com a mãe. Pensar que talvez a mulher não queira ou não consiga se tratar... aí o que pode causar para a criança? Pode nascer com má formação... Se a gente cuida dessa criança nesse momento, previne outros riscos para o desenvolvimento dela. (IC8. O cuidado deve ser centrado no bebê. Entrevistas P6, P10-P12, P15, P18 e P20).*

DSC11. *Nosso trabalho é muito difícil, é uma escolha delicada, pois envolve o futuro daquela criança. Várias pessoas da equipe cuidam da gestante pensando na criança. É impossível não projetar o que vai ser depois que ela tiver o bebê. Aí, é preciso saber se a mãe está realmente preparada para ser mãe, ou se deveria trabalhar com o Conselho Tutelar... o que seria melhor para esse bebê? A família não tem suporte, a mãe também não, e a rede [de serviços de saúde] não tem como suprir a necessidade de ambos. (IC8. O cuidado deve ser centrado no bebê. Entrevistas P3, P10 e P20).*

O DSC12 revela que dentre as dificuldades encontradas para se realizar atendimento a contento das gestantes usuárias de álcool e/ou drogas, está o fato das situações se apresentarem de forma diferente a cada intervenção e, por isso, nem todos os profissionais sentem-se preparados. Daí a necessidade de educação permanente em saúde que aborde diferentes contextos e situações.

DSC12. *A gente nunca está totalmente preparada. É um processo em construção. A gente precisa de treinamentos e cursos de capacitação, mas na verdade não tem muita capacitação voltada para este público. Para álcool e drogas, a gente sabe fazer o básico, precisaria ter um grupo especializado para atender essa gestante. (IC9. Precisa haver preparo específico. Entrevistas P1-P2, P4-P5, P10-P13 e P18-P21).*

Alguns medos revelados pelos profissionais de saúde sobre o manejo das demandas de saúde mental são justificados pela expectativa de cura, ou mesmo pela complexidade da demanda. Recomenda-se a criação de momentos de partilha de situações, atitudes e intervenções, bem como a realização de exercícios de reflexão, tendo no horizonte que nem sempre haverá como definir perguntas ou afirmações corretas².

Há que se pensar que a Política de Educação Permanente em Saúde pretende fomentar não a reprodução apenas do domínio técnico-científico e de hábitos individuais considerados saudáveis, ou a participação sempre afirmativa do usuário nos atendimentos e visitas domiciliares. Ao contrário, busca uma educação que seja desveladora das razões ideológicas e políticas presentes na vida das pessoas com as quais se trabalha; intercâmbio de saberes, valores, projetos de vida; leitura de palavras, de si mesmo e do mundo para além das doenças²⁹.

Tema 3. Desarticulação do trabalho em rede na atenção às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas.

Os DSC apresentados a seguir, ilustram a perspectiva dos profissionais da saúde quanto à integralidade da atenção à saúde das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, dando destaque aos problemas de se realizar o trabalho em rede voltado a elas.

Recém-nascidos expostos à cocaína/crack intra-útero, frequentemente apresentam baixo peso ao nascer, o que guarda relação com a supressão do apetite materno provocado pela droga e contribui para a deficiente nutrição e diminuição dos depósitos de gordura e massa corporal do feto. É comum a diminuição do perímetro cefálico ao nascer e, após o parto, há dificuldade para ganhar peso, aumento na ocorrência de apneia do sono e de síndrome da morte súbita infantil e retardo no desenvolvimento neuropsicomotor³¹.

Autores apontam que prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e desencadear o desenvolvimento de distúrbios afetivos na idade adulta. Inicialmente, tais prejuízos podem se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia³².

Estudo desenvolvido com gestantes em situação de rua usuárias de drogas, em Santos (SP) revelou que a maioria delas não desejava engravidar, porém, não usava preservativo ou algum outro método contraceptivo, fazendo com que a gestação se tornasse possibilidade concreta. Por fim, acabam aceitando a situação, o que não significa, necessariamente, a criação de vínculo afetivo com filho, ou desejo de ficar com a criança e criá-la²⁷.

Nesse contexto, a atuação dos profissionais deve se dar no sentido do cumprimento dos objetivos da Rede Cegonha⁷, contribuindo com a constituição do vínculo, da relação mãe-filho, o que pode resultar na redução dos índices de morbimortalidade materno-fetal e na promoção do desenvolvimento futuro da criança.

DSC13. *Existe a sensação de impotência... Até que ponto a gente pode ir? A gente tenta adequar horário, oferecer horário fora, mas às vezes parece que falta um pouco de trabalho em rede. A gente sente falta!. Cada unidade tem o seu diferencial de população. Já tive experiência de tentar conversar com o CAPS: “Olha, se ela aparecer aí você avisa”. Mas não é sempre que funciona assim, em rede. Às vezes a gente nem sabe que ela engravidou! A gente tenta fazer o máximo, mas falta, ainda, articular. Se a gente trabalhasse mais em rede...* **(IC10. Falta efetivo trabalho em rede.** Entrevistas P7 e P14).

A condução dos casos em redes de atenção pode viabilizar às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas tratamento clínico, apoio social, além da prevenção de recaídas e redução de danos. Essa política propõe minimizar os riscos e os danos associados ao uso de drogas, mesmo que os usuários não pretendam ou não consigam deixar a dependência³³. Destaca-se que essas mulheres têm *déficit* de cuidados pré-natais, condição que configura ameaça ou violação dos direitos da mãe-feto, seja por parte da própria mãe, da família, da sociedade ou do Estado³⁴.

Assim, é importante que seja considerada a necessidade de mudança mais profunda no Sistema Único de Saúde (SUS), que supere o modelo fragmentado da atenção à saúde da gestante usuária de álcool e/ou outras drogas, e que os profissionais realizem abordagem em caráter multidisciplinar. Sugere-se a constituição da Rede de Atenção Psicossocial para que essas gestantes tenham a

proposta de se trabalhar na linha da complementaridade das ações, buscando efetivamente a integralidade do cuidado³⁴.

O atendimento na clínica de internação é abordado no DSC14, explicitando a ausência de integração entre diferentes serviços de saúde disponíveis para atendimento a gestante usuária de álcool e/ou outras drogas.

DSC14. *Aqui como está começando, o serviço é muito novo, é melhor que o hospital. Acho que pela pouca demanda da gente, tem toda equipe para tratar a paciente e a gente faz encaminhamento para fazer o acompanhamento pré-natal. Eu acredito que se ela não estivesse internada, não faria. Mas a gente quase não tem contato com a rede, não conheço os serviços [da APS] de Botucatu, sei apenas que existe o CAPS, o SAGUAD, SARAD, CAPS ad, NASF e CAPS I. A única atuação que a gente tem é ligar e fazer o agendamento. A gente não conhece pessoalmente. Daí, a hora que encaminha, já não se sabe como é que é feito lá. Também a gente não sabe sobre o suporte para essa gestante, como fica a hora que ela sai. (IC10. Falta efetivo trabalho em rede. Entrevistas P2-13, P15-16 e P18-21).*

No mesmo contexto de desarticulação entre os serviços de saúde, nos DSC15 e DSC16 são apontados outros aspectos relacionados à falta de integração, inclusive com o pré-natal de alto risco.

DSC15. *É um pouco fragmentado, falta apoio da rede em si, as pessoas não estão preparadas de fato, não tem fluxo adequado. Se a gente pudesse estar todo mundo presente, sempre a mesma equipe, junto com ela, no momento em que ela está na unidade, acabaria estimulando a paciente ao cuidado. A consulta, ao pré-natal, em termos de rede: existe esse serviço em Botucatu? Se a gente tivesse um atendimento mais globalizado, talvez não perdesse o seguimento de tantas gestantes como acaba perdendo. (IC10. Falta efetivo trabalho em rede. Entrevistas P4-P5, P12, e P16-P17).*

DSC16. *A gente tem articulação com o serviço “X”, mas é difícil acompanhar lá: uma vez encaminhada [para a unidade ambulatorial especializada], a contra referência é muito difícil. Também, muitas delas [gestantes] não querem ir, é longe, não têm nenhum vínculo. Lá atua um pessoal que não tem vínculo médico-paciente e a cada*

atendimento é um médico diferente. Assim, o histórico da paciente dentro do pré-natal não é visto, é como se fosse sempre uma consulta nova. (IC10. Falta efetivo trabalho em rede. Entrevistas P3-P5, P12, P14-P15 e P17).

A perda de oportunidades, no que diz respeito à identificação das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas e a necessidade ações voltadas à busca ativa das mesmas, emergem dos DSC17 e DSC18.

DSC17. *As gestantes não estão sendo identificadas. Crack a gente ainda percebe mais, mas cocaína... Precisa, de repente, fazer um trabalho em conjunto com as UBS [unidades da APS] para facilitar o atendimento, realizar treinamento com a rede de atenção primária, fazer busca ativa, buscar adesão. Depois que ela tem o bebê, no puerpério, a gente vê que está com mais dificuldade de ter comunicação com o município, de acionar a unidade básica, de fazer planejamento familiar, de ensinar amamentação, dos cuidados com o RN... Essa parte tem que ser mais trabalhada. (IC10. Falta efetivo trabalho em rede. Entrevistas P3, P6, P8, P11-P12 e P15).*

DSC18. *É uma população de risco, não tenha dúvida, tem outra vida aí nesse meio. A paciente precisa que o serviço vá atrás, a gente teria que ir buscá-las e estar todos presentes no mesmo atendimento. Tipo um consultório de rua, porque aí você vai e leva o serviço para elas, porque elas não vêm... ou então uma casa de acolhimento transitório, onde pudesse tirar essa gestante do meio onde elas vivem. . (IC10. Falta efetivo trabalho em rede. Entrevistas P4, P6, P9 e P12-P13).*

Embora a Linha de Cuidado para gestantes e puérperas esteja estabelecida nas políticas públicas⁷, os discursos 17 e 18 evidenciam que as gestantes usuárias de álcool e/ou drogas não têm a garantia de acesso aos serviços, não há rede de atenção à saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando à promoção sua saúde. O início precoce do acompanhamento dessas gestantes é dificultado pela desarticulação entre os serviços e mesmo pela insuficiência na abordagem. Ações preventivas inexistem para essa população e mesmo que dentro do município de realização do presente estudo existam vários serviços que prestam assistência especializada a essa clientela, devido à desarticulação dos mesmos, tornam-se insuficientes na normatização do fluxo da

usuária na rede em relação ao estabelecimento de rotinas em cada unidade de saúde.

A abordagem sobre o uso de drogas, lícitas ou não, deve fazer parte da rotina de pré-natal, com a obtenção da história pregressa e atual do consumo, incluindo quantidade e frequência, com olhar integral do cuidado prestado ao binômio. O atendimento pré-natal de gestantes, realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, revelou-se excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos³⁴

Também no contexto da atenção integral à saúde das gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, a APS deve se ordenadora do processo de cuidado. Deve articular-se aos CAPS – ad para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como realizar encaminhamento para a maternidade de referência e para internação dos casos mais graves — em Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas, também denominados Unidades de Desintoxicação².

Ressalta-se que mesmo municípios que dispõem de vários serviços de saúde mental, pouco adiantará se estes apresentarem-se de forma desarticulada. Nesse sentido, é importante que seja considerada a necessidade de articulação profunda, em que o cuidado seja visto como um conjunto de propostas de condutas integradas, que surgem da escuta e consideração aos valores, desejos, ideias e vínculos das usuárias em todos os recursos institucionais disponíveis.

Do DSC19 emergem sugestões quanto ao desenvolvimento do trabalho em rede setorial e intersetorial.

DSC19. *Um serviço de apoio mais amplo. Um modelo que acolha e sustente esse vínculo, que começa a se criar no acolhimento, pode ser a diferença positiva com o intuito de desenvolver mais a preocupação e o desejo de se cuidar melhor naquele momento da vida dela. Em rede, que tenha não só terciário, no caso de uma internação, mas desde o básico. A gente deveria conversar melhor: posto de saúde, CRASS, UNESP, CAPS - ad e todos os serviços que forem tendo, fazer rede com a*

família, tendo um familiar de referência. Também, precisa ter uma conversa com o Conselho Tutelar e com o judiciário. Ela [a gestante] tem que ter a chance e a oportunidade de criar o filho. Usuário já é difícil ir para o serviço, elas trazem a fala que estão morrendo de medo de perder o bebê, tem o conselho tutelar, pensam que vão ser denunciadas. (IC11 – Deveria haver trabalho em rede setorial e intersetorial. Entrevistas P1, P3-P7, P11, P15 e P20).

Diante do cenário apresentado, identifica-se a necessidade dos serviços de saúde conversarem entre si, estabelecerem fluxos, definirem o seguimento a partir das demandas, além da necessidade de envolver outros recursos institucionais que não os da saúde. É preciso potencializar a atenção à saúde e a proteção social desse público específico, de modo a construir raciocínio político adequado, buscando compreender tanto o processo assistencial dessa gestante em todos os serviços de saúde, quanto à atuação de cada profissional envolvido nesse processo. Caso os serviços de saúde venham a construir/estabelecer uma rede de atenção em saúde mental, segundo as políticas públicas específicas para este campo, é possível que algumas das dificuldades apresentadas pelos profissionais possam ser superadas.

Diferentemente dos discursos anteriores, do DSC20 e DSC21 apreende-se a importância da assistência integral e do DSC22, mesmo que incipiente, emerge o desenvolvimento do trabalho integrado em rede de atenção.

DSC20. *Eu acho que todos os serviços do município devem ter com certeza coisas positivas, conseguir melhorias, as internações quando necessário, mas nenhum serviço está cem por cento. O CAPS – ad, que é exemplo bacana disso, porque eles têm essa possibilidade da gestante passar o dia, ficar lá fazendo terapia, tem acompanhamento psicológico e médico, o fornecimento de medicação... O próprio SARAD, às vezes, tem indicação e a gestante fica enquanto precisar e isso também é muito bacana, essa possibilidade de tratamento. A gente consegue ver mesmo que foi bom para elas no final, quando chega no parto e não teve nenhuma complicação. (IC12. É importante a assistência integral. Entrevistas P17-P18 e P20).*

DSC21. *Não se pode dizer que seja tranquilo, mas a gente tenta, busca articulação e parceria com outros serviços, procura entender um pouco do trabalho em rede. A gente tem suporte para discutir o caso, dispõe do serviço da rede de apoio, no caso o NASF, junto com os assistentes sociais, com a psicologia, o CAPS I, a psiquiatria, o CAPS - ad, tem essa parceria com o SARAD e a Faculdade, o pessoal do DST, SAE... A gente tem até um bom amparo nessas questões. Acho que a gente está no caminho certo, está bem humanizado, a gente tem acolhimento, faz todos os exames, tenta fazer vínculo e se tem alguma doença já encaminha para tratamento. (IC12. É importante a assistência integral. Entrevistas P1-P2, P16-P18 e P21).*

DSC22. *Super importante as parcerias, fortalecem o tratamento, mesmo, e o vínculo. O programa DST, que faz busca ativa e traz até o serviço, é um programa de vigilância e a gente pode tentar usá-lo para ajudar, fazer visitas compartilhadas. Tem o SAGUAD lá na UNESP, o próprio SAE, o NASF, essa rede de atenção é essencial, porque às vezes só o CAPS não tem pernas! (IC13. O trabalho em rede tem acontecido. Entrevistas P7 e P13-P14).*

A construção de parcerias constitui estratégia importante para tratar a questão da droga. O trabalho em parceria constitui grande desafio, pois vínculos são construídos e sedimentados num processo que demanda tempo para as partes se conhecerem, confiarem na competência e envolvimento um do outro, entenderem e respeitarem o próprio ritmo, de maneira que, ao final, o trabalho de um complementa o do outro³⁵.

Pesquisa realizada na Bahia concluiu que ainda há grande lacuna entre as diretrizes propostas pela política de saúde mental e as práticas concretas. A operacionalização de rede de cuidados e o desenvolvimento de ações estendidas ao espaço social mais amplo têm encontrado impasses³⁶.

A realização de parcerias entre serviços de saúde é vital para a atenção em saúde mental no território e para operar os processos de reabilitação psicossocial³⁷. O trabalho em rede supõe que nenhum serviço pode, sozinho, resolver todas as necessidades de cuidado das pessoas de determinado território³⁸.

Não é demais, portanto, insistir que é a rede de profissionais, de familiares, de organizações governamentais e não governamentais em interação constante, cada um com seu núcleo específico de ação, mas apoiando-se mutuamente, alimentando-se enquanto rede – que cria acessos variados, acolhe, encaminha, previne, trata, reconstrói existências, cria efetivas alternativas de combate ao que, no uso das drogas, destrói a vida².

4. CONCLUSÕES

As representações dos profissionais de saúde sobre o uso de álcool e/ou outras drogas durante a gestação mostraram-se ampliadas quanto a seus fatores determinantes e a suas consequências para as gestantes, seus conceitos e suas famílias. Entretanto, ainda se revelaram permeadas por preconceitos, especialmente em relação às influências do tipo de estruturação familiar como determinante desse agravo. Além disso, a atenção à saúde a essa população foi representada como grande desafio, devido às dificuldades inerentes às condições de vulnerabilidade individual e social das próprias gestantes, bem como de vulnerabilidade institucional, uma vez considerada a falta de preparo dos profissionais de saúde para atender adequadamente a essa população, assim como a inexistência de orientação de política municipal neste sentido.

Pode-se constatar, assim, que apesar da existência no município de serviços de diferentes pontos das redes de atenção à saúde (tanto da atenção primária, quanto da atenção ambulatorial e hospitalar especializada), disponíveis para atendimento às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, ainda é incipiente o trabalho em rede de atenção à saúde voltada a essa população. Também, constatou-se que os profissionais conhecem os diferentes pontos de atenção à gestante usuária de álcool e/ou outras drogas, mas é necessário estudo que investigue porque, apesar de existirem os serviços, estes não constituam, de fato, rede efetiva.

Em geral, os profissionais trabalham de forma isolada, são poucas as iniciativas de integração e há a falta de ações intersetoriais. Deve-se reconhecer, porém, que existem ações de atenção à saúde pontuais para estas mulheres, assim como algumas tentativas de aproximação entre os serviços.

Representações de profissionais de saúde sobre o atendimento a gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas

Considera-se, por fim, a importância de gestores e profissionais envolvidos com a Rede Cegonha e com a Rede de Atenção Psicossocial já oficializadas e implantadas no município, estabelecerem proposta de trabalho comum, de forma a viabilizar acolhimento efetivo e atendimento integral às gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas, especialmente pela maior vulnerabilidade individual e social que possuem.

REFERENCIAS

1. Souza J, Kantorski LP. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2007; 3(2): 1-16.
2. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. 2003. [acesso em 20 set 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
3. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. Rev. Psiqu. Clín. 2008; 35(supl1): 44-47.
4. Substance Abuse and Mental Health Services Administration Office of Applied Studies. Substance Use During Pregnancy: 2002 and 2003 Update. 2005. [acesso em: 23 set 2014]. Disponível em: <http://www.oas.samhsa.gov/2k5/pregnancy/pregnancy.htm>
5. Wright MG, Chisman AM. A saúde internacional, o fenômeno das drogas e a profissão de enfermagem na América Latina. Texto & Contexto Enfermagem. 2004; 2(1): 264-271.
6. Screening for Substance Abuse during Pregnancy. Washington (USA): Ed 1; 2009. [acesso em: 16 dez 2015] Disponível em: http://www.med.uvm.edu/vchip/Downloads/ICON%20%20SCREENING_FOR_PREGNANCY_SUBABUSE.pdf
7. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. [acesso em: 27 jun. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html
8. Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2011. [acesso em: 15 abr. 2015]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
9. Aguirre AA, Castillo MMA, Garcia KSL, Almanza SEE, Castillo BAA, Rafael F. La investigación cualitativa em el fenómeno de las drogas: el caso del programa regional de capacitación em investigación para enfermeiros em el estudio del fenómeno de las drogas em América Latina. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas. 2010; 6(1): 1-10.
10. 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): 473-481.
11. Groisman A, Schneider J. Pesquisa qualitativa, saúde e uso de drogas: desdobramentos e implicações teóricas, analíticas e epistemológicas da utilização da técnica da entrevista de fala aberta. Rev. Port. Saúde Pública. 2014; 32(1): 37-44.
12. Jodelet D. Representações sociais: um domínio em expansão. Rio de Janeiro: EDUERJ; 2002. p.17-44.
13. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Princípios básicos e conceitos fundamentais do discurso do sujeito coletivo. In: Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa; desdobramentos. Porto Alegre: EDUCS; 2003. p. 13-35.

14. Tavares LA, Almeida AR, Filho NA, MacRae B, Ferreira OS. Drogas: tempos, lugares e olhares sobre seu consumo. Salvador (BA): EDUFBA; CEETAD/UFBA 2004. [acesso em 13 jan 2016]. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/16167/1/drogas,%20tempos%20e%20lugares.pdf>
15. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. Cad. Saúde Pública. 2008; 24(1): 17-27.
16. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. Psico. 2011; 42(2): 168-178.
17. Silva EA, Micheli DD, Camargo BMV, Buscatti D, Alencar MAP, Formigoni MLOS. Drogas na adolescência: temores e reações dos pais. Psicologia, Teoria e Prática. 2006; 8(1): 1-54.
18. Araújo AJS. Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas. [dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 2014. 89 p.
19. Schenker M, Minayo MCS. Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. Ciências e Saúde Coletiva. 2005; 10(3): 707-717.
20. Silva EA. Família, Abuso e Dependência de Drogas Desafios Clínicos e das Pesquisas. In: Anais da V Jornada de Psicologia no Hospital Municipal do Campo Limpo; 1(6); São Paulo: Editora Blucher, 2011.
21. Fundação Perseu Abramo. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado. Pesquisa de opinião pública. 2010. [acesso em 15 nov 2015]. Disponível em: http://www.apublica.org/wpcontent/uploads/2013/03/www.fpa.org.br_sites_default_files_pesquisaintegra.pdf.
22. Rabello PM, Caldas Junior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev. Saúde Pública. 2007; 41(6): 970-8.
23. Audi CAF, Correa-Segall AM, Santiago SM, Andrade MGG, Pérez-Escamilla R. Violência doméstica na gravidez: prevalência e fatores associados. Rev. Saúde Pública. 2008; 42(5): 877-85.
24. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n.34. 2013. [acesso em 25 ago 2015]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab34>
25. Yabuuti PLK, Bernardy CCF. Perfil de Gestantes Usuárias de Drogas Atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. Rev. Baiana de Saúde Pública. 2014; 38(2): 344-356.
26. Marangoni SR, Oliveira MLF. Uso de crack por multipara em vulnerabilidade social: história de vida. Cienc. Cuid Saúde. 2012; 11(1): 166-172.
27. Costa SL, Vida CPC, Gama IA, Locatelli NT, Karam BJ. Gestantes em situação de rua no município de Santos, SP: reflexões e desafios para as políticas públicas. Saúde Soc. 2015; 24(3): 1089-1102.
28. Kassada DS, Marcon SS, Waidman MAP, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. Acta Paul Enferm. 2013; 26(5): 467-71.
29. Sousa MLT. Apoio matricial em saúde mental: uma proposta de educação permanente em saúde. S A N A R E. 2011; 10(2): 28-33.

30. Alves, PP, Santos, VRC, Cavalcante, MMB, Aragão HL, Teixeira MA. Abordagem às gestantes usuárias de crack pela “Estratégia Trevo de Quatro Folhas”: Relato de Experiência. S A N A R E. 2015; 14(02): 98-103.
31. Albright BB, Rayburn WF. Substance use among reproductive age women. Obstet Gynecol Clin North Am. 2009; 36(4): 891-906.
32. Hall JL, Teijlingen ER. A qualitative study of an integrated maternity, drugs and social care service for drug-using women. BMC Pregnancy and Childbirth. 2006; 6(19): 6-19.
33. Inglez-Dias A, Ribeiro JM, Bastos FI, Page K. Políticas de redução de danos no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [Internet]. 2014. [acesso em 14 jan 2016]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014191.1778>.
34. Botelho, APM, Rocha RC, Melo VH. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. FEMINA. 2013; 1(4): 23-32.
35. Mendes IAC, Luis MAV. Parcerias interinstitucionais: o investimento na construção de projetos multicêntricos sobre drogas lícitas e ilícitas. Rev. Latino-am Enfermagem. 2005; 13: 1089-90.
36. Nunes M, Jucá VJ, Valentim BCP. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Cad. Saúde Publica. 2007; 23(1): 2375-2384.
37. Delfini PSS, Sato MT, Antoneli PP, Guimarães POS. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(supl.1): 1483-1492.
38. Cruz MS, Ferreira SMB. O vínculo necessário entre a saúde mental e o Programa de Saúde da Família na construção de atenção integral aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Cadernos IPUB. 2007; 13(24): 67-79.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os pressupostos deste estudo foram confirmados, visto que a percepção da falta de integração da rede de atenção emergiu dos discursos das gestantes e dos profissionais. São poucas as ações de referência e contra referência e praticamente inexistente fluxo de ações intersetoriais.

Apreendeu-se sentimento de impotência diante do contexto do uso de drogas por estas mulheres, como também a sensação da falta de uma política local voltada a elas. É necessário que os serviços que assistem estas gestantes se conheçam de forma mais ampla, conheçam os seus propósitos e se comuniquem de maneira efetiva, para que o binômio mãe-bebê sejam assistidos integral e verdadeiramente. É necessário, também, investimento dos gestores em atividades de educação permanente na área de álcool e/ou outras drogas, já que muitos profissionais se sentem despreparados para assistir a essa população. Destaca-se que o problema do uso de drogas não acaba no parto, sendo essencial que a atenção à saúde seja mantida no puerpério e estendida à criança. Considerando-se que essas mulheres necessitam de cuidados e avaliação não só de saúde, mas também nas áreas social, educacional e muitas outras, os serviços terão que se preparar para atender toda essa complexidade.

No primeiro artigo existe uma grande diferença entre os modelos de abordagem com os desenvolvidos no Brasil. Com frequência são fornecidos algum tipo de benefício às gestantes, na tentativa de viabilizar a adesão ao tratamento. O segundo e terceiro artigos trazem em pauta a reflexão sobre como criar novas estratégias para estas gestantes serem melhor assistidas, já que isso é necessidade mencionada por elas e ressaltadas pelos profissionais que apresentaram inúmeras questões em relação a melhor forma de abordagem desta população.

Reflexões finais sobre o trabalho desenvolvido em relação a melhor compreender o contexto do uso de álcool e outras drogas por gestantes, evidenciam que a dependência é multifatorial e não determinada por uma questão individual e única. Assim, o uso de drogas não pode ser abordado desvinculado do contexto individual, necessita olhar cuidadoso sobre a pessoa.

No campo profissional não existe fórmula mágica e pronta para abordar essas mulheres. É necessário criar estratégias dotadas de significados para ajudá-las na compreensão dos problemas. O acolhimento pode fazer com que os profissionais revejam o próprio posicionamento diante dessa questão. A postura do acolhimento passa a ter papel fundamental e efetivo no cuidado em relação ao outro, sempre lembrando que existe a inserção social, cultural e individual e que cada um traz consigo valores e ideias, compondo um significado mais amplo.

Assim, somente no dia a dia é que gestantes e profissionais da saúde poderão descobrir formas criativas voltadas a um caminho de sucesso na construção de mudanças complexas e de novos comportamentos na abordagem do uso de álcool e/ou outras drogas.

ANEXOS

Anexo 1

Entrevista com as gestantes

Nº Entrevista:

Data: ____/____/____

1. Local da Coleta de Dados:
2. Nome da Gestante:
3. Data de nascimento: / /
4. Situação conjugal [1] Casada [2] Solteira [3] União Estável [5] divorciada/separada [4] Outro _____
5. Ocupação:
6. Anos de aprovação escolar:
18. G P A C
19. História de baixo peso ao nascer (<2500g) anterior? [1] Sim [2] Não [9] Não corresponde (primigesta)
20. Sabe a causa do parto prematuro?
21. Número de filhos mortos na primeira semana de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [6] nenhum
22. Número de filhos mortos entre 7 e 28 dias de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [6] nenhum
23. Número de filhos mortos após 28 dias de vida [1] 1 [2] 2 [3] 3 [6] nenhum
24. Número de abortos espontâneos? [1] 1 [2] 2 [3] 3 [4] 4 [5] 5 [6] 6 ou mais [7] nenhum

1. Como você começou a usar drogas?
2. Como é para você usar droga estando grávida?
3. Como é a sua relação com a sua família?
4. Fale sobre seu acompanhamento pré-natal?
5. Pensando nos serviços de saúde que estão lhe atendendo agora que você está grávida, o que você vê de bom?
6. Em sua opinião, o que tem que ser melhorado nos serviços de saúde para atendimento às gestantes usuárias de álcool e outras drogas?

Anexo 2.

Entrevista com os Profissionais de Saúde

Nº da Entrevista:

Data: ____/____/____

Dados de Identificação

1. Local da Coleta de Dados:
2. Nome:

Dados para caracterização dos profissionais

Antecedentes Sociais e Demográficos

1. Qual sua idade?
2. Sexo: () M () F
3. Qual sua escolaridade? _____
4. Qual sua profissão? _____
5. Há quanto tempo trabalha na área da saúde? _____ anos
6. Há quanto tempo trabalha na área de álcool e drogas? _____ anos
7. Você já atendeu gestantes usuárias de álcool e outras drogas? [1] Sim [2] Não [9] Não sabe

1. A que você atribui o uso de álcool e outras drogas por gestantes?
2. Como é para você atender gestantes usuárias de álcool e outras drogas?
3. Você se sente preparado (a) para trabalhar com gestantes usuárias de álcool e outras drogas?
4. Como você vê o atendimento para uma gestante aqui de Botucatu que é usuária de álcool e outras drogas?
5. Em sua opinião como deveria ser o atendimento a essas gestantes?

Anexo 3, 4 e 5

ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- GESTANTES

A Sr (a) está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada **“Gestação e Uso de drogas: Rede de Atenção à Saúde em Botucatu”**, que pretende avaliar a Rede de Atenção à Saúde no cuidado às gestantes usuárias de álcool e outras drogas.

A Sr (a) foi selecionado (a) para participar dessa pesquisa por ser uma gestante que faz uso de álcool e outras drogas.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode não concordar em participar da mesma, e finalizá-la antes ou mesmo durante a entrevista. Você poderá se quiser tomar conhecimento do andamento do trabalho ou de sua redação final, sendo para tanto devidamente informado/a dos meios necessários para fazer contato com a entrevistadora.

A entrevista será gravada, e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após a transcrição. A entrevista durará cerca de 20 minutos.

Através da análise dos discursos das gestantes usuárias de álcool e outras drogas e dos profissionais de saúde, espera-se compreender a percepção deste grupo, sobre o cuidado e o acesso desta população na rede de atenção a saúde, com o objetivo de obter informações que possam subsidiar a organização desta rede, facilitando e possibilitando novas maneiras do cuidar em saúde para estas mulheres.

É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/ 1609.

Assim sendo,

Eu _____ Identidade: _____ após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar dessa pesquisa.

Assinatura do Entrevistado /Local e Data

Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto (pesquisadora)
Telma Marques Medeiros (pesquisadora)

Responsável: Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada - Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina - UNESP - Campus Rubião Júnior S/N - CEP: 18 618-970 - Tel: 14-38116070 - e-mail: cparada@fmb.unesp.br.

ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO -PROFISSIONAL DA SAÚDE

A Sr (a) está sendo convidada a participar de uma pesquisa chamada “**Gestação e Uso de drogas: Rede de Atenção à Saúde em Botucatu**”, que pretende avaliar a Rede de Atenção à Saúde no cuidado às gestantes usuárias de álcool e outras drogas.

A Sr (a) foi selecionado (a) para participar dessa pesquisa por ser um profissional de saúde que presta assistência a esta gestante.

A sua participação nesta pesquisa é voluntária. Você pode não concordar em participar da mesma, e finalizá-la antes ou mesmo durante a entrevista. Você poderá se quiser tomar conhecimento do andamento do trabalho ou de sua redação final, sendo para tanto devidamente informado/a dos meios necessários para fazer contato com a entrevistadora.

A entrevista será gravada, e posteriormente transcrita para melhor análise dos dados. Os sons gravados não serão apresentados, e as fitas serão destruídas após a transcrição. A entrevista durará cerca de 20 minutos.

Através da análise dos discursos das gestantes usuárias de álcool e outras drogas e dos profissionais de saúde, espera-se compreender a percepção destes grupos, sobre o cuidado e o acesso desta população na rede de atenção a saúde, com o objetivo de obter informações que possam subsidiar a organização desta rede, facilitando e possibilitando novas maneiras do cuidar em saúde para estas mulheres.

É garantido total sigilo do seu nome, em relação aos dados relatados nesta pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, e outra via será mantida em arquivo pelo pesquisador por cinco anos. Qualquer dúvida adicional, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, através do fone: (14) 3880-1608/ 1609.

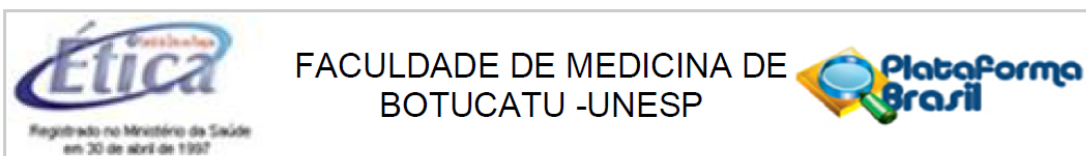
Assim sendo,

Eu _____ Identidade: _____ após ter lido, recebido todas as explicações e esclarecidas todas as dúvidas, concordo em participar dessa pesquisa.

Assinatura do Entrevistado /Local e Data

Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto (pesquisadora)
Telma Marques Medeiros (pesquisadora)

Responsável: Profa. Dra. Cristina Maria Garcia de Lima Parada - Departamento de Enfermagem – Faculdade de Medicina - UNESP - Campus Rubião Júnior S/N - CEP: 18 618-970 - Tel: 14-38116070 - e-mail: cparada@fmb.unesp.br.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestação e Uso de Drogas: Redes de Atenção à Saúde no Estado de São Paulo

Pesquisador: Maíra Rodrigues Baldin Dal Pogetto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 24702913.2.0000.5411

Instituição Proponente: Departamento de Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 820.364

Data da Relatoria: 01/09/2014

Apresentação do Projeto:

Sem alterações conforme parecer número 520.398, de 03/02/2014.

Objetivo da Pesquisa:

Sem alterações conforme parecer número 520.398, de 03/02/2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sem alterações conforme parecer número 520.398, de 03/02/2014.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem alterações conforme parecer número 520.398, de 03/02/2014.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Sem alterações conforme parecer número 520.398, de 03/02/2014.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências indicadas no parecer anterior número 520.398 foram atendidas, conforme detalhado abaixo:

1. A pesquisadora incluiu o nome da pessoa que assina o Termo de Cumprimento da Resolução 466 de 2012.
2. A pesquisadora incluiu justificativa de número amostral, sendo que trata-se de pesquisa

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



Continuação do Parecer: 820.364

qualitativa.

Portanto, pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto de pesquisa APROVADO, deliberado em reunião do CEP de 06 de Outubro de 2014, sem necessidade de envio à CONEP.

Solicitamos aos pesquisadores que apresentem ao CEP, o respectivo "Relatório Final de Atividades" ao final do estudo.

BOTUCATU, 06 de Outubro de 2014

Assinado por:
SILVANA ANDREA MOLINA LIMA
(Coordenador)

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1608

E-mail: capellup@fmb.unesp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
Campus de Botucatu



MUDANÇA DE TÍTULO EM PROJETO DE PESQUISA

Objetivo Acadêmico:

- () Pós Doutorado
- (x) Tese Doutorado
- () Dissertação de Mestrado
- () Trabalho científico
- () Outros: Especificar

Título Inicial: Gestação e uso de drogas: redes de atenção à saúde no Estado de São Paulo

Título Final: Redes de atenção à saúde para gestantes usuárias de álcool e/ou outras drogas

Data da reunião do CEP que aprovou o parecer inicial: 06/10/2014

Declaro que o trabalho não sofreu alterações nos objetivos e/ou conteúdo metodológico da época de apresentação para análise do CEP.


Cristina Maria Garcia de Lima Parada
Orientadora


Majra Rodrigues Baldin Dal Pogetto
Orientada

- **Projetos submetidos via Plataforma Brasil:** Preencher o formulário, digitalizar, protocolar no CEP e postar no sistema Plataforma Brasil.
- **Projetos submetidos anteriormente à Plataforma Brasil:** Preencher o formulário em duas vias e protocolar no CEP que emitiu o parecer inicial de aprovação.