



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Danielle Bessler


Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem

Rio de Janeiro

2018

Danielle Bessler

Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosangela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2018

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

B557 Bessler, Danielle.
Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem / Danielle Bessler. - 2018.
117 f.

Orientadora: Rosangela da Silva Santos.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem na saúde e higiene da mulher. 2. Saúde da mulher. 3. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 4. Mulheres alcoólatras. I. Santos, Rosangela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Bibliotecária: Karin Cardoso CRB7/6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Danielle Bessler

Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 22 de fevereiro de 2018.

Banca Examinadora:

Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora)

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira

Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof.^a Dra. Maria Antonieta Rubio Tyrrell

Universidade Federal do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2018

DEDICATÓRIA

A Maria Helena Coelho Portugal Martins e a Fernanda (*in memoriam*), responsáveis pela minha escolha profissional de me tornar Enfermeira.

À Prof.^a Dr.^a Maria Antonieta Rubio Tyrell e Sabrina Seibert pelo incentivo e apoio incondicional.

As queridas D. Maria e Elaine Sodré, fundamentais pilares na minha vida que refletem, segurança, amizade e fidelidade nessa árdua caminhada que é a vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos guias espirituais, por minha vida e por tudo que tenho.

A minha família pelos valores, carinho e compreensão.

Aos amigos, Fabio Felix e Priscila Rangel, por me incentivarem nos momentos difíceis e sorrir comigo nos momentos felizes.

À minha Orientadora, Prof.^a Dr.^a Rosangela da Silva Santos, pelo carinho, tempo dedicado, atenção e parceria no desenvolvimento deste estudo.

A Prof.^a Dr.^a Maysa Ludovice Gomes, pelo incentivo, carinho e presença.

A Heloisa Lessa e Sabrina Seibert por me oportunizarem vivenciar um modo diferenciado de assistência obstétrica e que sem dúvida alguma influenciou na forma de perceber as mulheres participantes desse estudo.

Aos membros e amigos do Grupo de Pesquisa Inovação e Tecnologia, que me apoiaram no desenvolvimento deste projeto, ímpar em minha vida, sobretudo aos profissionais e participantes da pesquisa da Clínica da Família Vila do João e Zilda Arns, os quais me permitiram o conhecimento de um cenário único em histórias de vida, me levando à uma grande reflexão profissional e que modificou minha forma de olhar para a população em situação de rua e com dependência química.

A gente não faz ideia de como mudou até que a mudança já tenha acontecido.

Anne Frank

RESUMO

BESSLER, Danielle. **Práticas de cuidado à mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem.** 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva. Teve como objetivo geral analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas na gestação, parto e puerpério na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde. Utilizou o método “Narrativa de vida” de Daniel Bertaux. Os dados foram coletados em domicílios de participantes da Área Programática 3.1 da cidade do Rio de Janeiro, no período de julho e setembro de 2017. O critério de inclusão foi: mulheres que fizeram uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, parto e/ou puerpério. A questão norteadora da entrevista: fale dos cuidados que você recebeu dos profissionais de enfermagem na gestação, parto, pós-parto e nascimento do seu filho. O projeto foi aprovado no Comitê de Ética e Pesquisa. Após transcrições, releituras e recodificações as unidades temáticas foram agrupadas e utilizou-se a análise temática. Emergiu das narrativas a categoria analítica: “Mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas: Vulnerabilidades e Práticas de cuidado de Enfermagem”, que foi analisada sob a ótica da vulnerabilidade, das políticas públicas e do referencial teórico da Teoria da Transição de Afaf Meleis. As narrativas evidenciaram que todas as mulheres entrevistadas consideram que receberam assistência de qualidade no momento parto e, que as práticas de cuidado recebidas, foram boas práticas. Evidenciou-se o emprego de procedimentos invasivos de cuidado, como o toque vaginal e uso de soro com ocitocina. As mulheres apresentaram medo, culpa e vergonha por fazerem uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação e até mesmo rejeitam a gravidez. Na perspectiva da Teoria da Transição evidenciou-se que as mulheres apresentam transição desenvolvimental: gravidez/ser mãe; situacional: uso abusivo de álcool e outras drogas e saúde-doença: tratamento da Sífilis congênita. As condições de transição influenciaram a forma como cada pessoa reage à transição. As consultas pré-natais representam o primeiro contato dessa mulher com seu processo transicional e a enfermeira pode facilitar a aceitação de uma gestação, após rejeição inicial da mesma. Sob o ponto de vista da Vulnerabilidade as participantes apresentaram vulnerabilidade individual: falta de informação de medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis, baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, como o uso sistemático de preservativos nas relações sexuais; social: mães com menos de oito anos de estudo, múltíparas, sem o companheiro, sem ocupação ou com ocupação que exige apenas o nível fundamental e programática: falta de integração de serviços na promoção da saúde do indivíduo para agendamento da consulta, déficit no acesso para realização dos exames de rotina do pré-natal. Conclusão: evidenciou-se que as participantes vivenciaram três tipos de transição; apresentam-se mais vulneráveis com o uso e abuso de álcool e outras drogas, foram submetidas a práticas obstétricas rotineiras e não se vinculam aos profissionais de enfermagem e, sim aos Agentes Comunitários de Saúde e Redutores de Danos.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde da mulher. Transtornos relacionados ao uso de substâncias.

ABSTRACT

BESSLER, Danielle. **The practices of care to women with use and abuse of alcohol and other drugs: nursing perspective.** 2018. 117 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

This is a qualitative, descriptive research. It was intended to analyze the practices of care that have been developed by nursing team to women with use and abuse of alcohol and other drugs in pregnancy, childbirth and puerperium in the perspective of vulnerability and public health policies. It was based in Daniel Bertaux's Method called "Narrative of Life". The databases were collected in the participant's house, in Rio de Janeiro's Programmatic Area 3.1, during the period of July and September of 2017. The inclusion standard was: women who made use and abuse of alcohol and other drugs during pregnancy, childbirth and/or puerperium. The guiding question of the interview was: Talk about the care that you have received from nursing team during pregnancy, childbirth, and postpartum. The project was approved at the Ethic's Research Committee. After transcriptions, retranscriptions, rereads and recodes the thematic units were grouped, synthesized, creating empirical categories by thematic analysis. Emerged from the narratives one category, that was: "Women with use and abuse of alcohol and other drugs: Vulnerabilities and Nursing Practices of Care", which was based on the conception of vulnerability, the Brazil's public health policies and the reference of the Transitions Theory by Afaf Meleis. The narratives of life showed that all the women interviewed consider that they received quality assistance at the time of childbirth and, think that the practices of care were good practices. It was observed the use of invasive practices of care, such as vaginal touch and oxytocin infusion. Women present fear, guilt, and shame for making use and abuse of alcohol and other drugs during pregnancy and even reject pregnancy. In the perspective of the Transitions Theory it was evidenced that women present developmental transition: pregnant/being a mother; situational transition: abusive use of alcohol and other drugs, and health-disease transition: congenital Syphilis treatment. Transition conditions influence by the way that each person reacts to the transition period. Prenatal care represents the first contact of women with the transitional process, and the nurse may facilitate the acceptance of pregnancy after the rejection. From the point of view of vulnerability, the narratives have shown that participants have individuals vulnerability: lack of information about the ways of transmission and prevention of sexual infections, low self-esteem to adopt a preventive way of life, by using condoms during sexual intercourse; social vulnerability: mothers with less than eight years of study, multiparous, singles, without occupation or with occupation that require only the fundamental level; and, programmatic vulnerability: lack of integration of services that was responsible of individual's health care and the scheduling of Prenatal Care, and problems with routine exams during Prenatal Care. Conclusion: It was possible to recognize that the participants have been passing by three types of transitions; they were more vulnerable of the use and abuse of alcohol and other drugs; they have had obstetric interventions during childbirth and weren't have had a special relationship with the nursing team, despite they mentioned a close relationship with Community Health Agents and Harm Reduction Agents.

Keywords: Nursing. Women's health. Substance-related disorders.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 –	Evolução Histórica da Política Nacional sobre Álcool e Drogas - Rio de Janeiro – 2016	37
Quadro 2 –	Historiograma	57
Quadro 3 –	Distribuição da frequência das unidades temáticas e dos núcleos de sentido por entrevista - Rio de Janeiro - Janeiro 2018	60
Quadro 4 –	Caracterização das participantes do estudo - Rio de Janeiro – 2017	63

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
BCF	Batimentos Cardíofetais
CAPS	Centros de Apoio Psicossociais
CAPSad	Centros de Apoio Psicossociais álcool e drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
CEPPA	Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool
CONAD	Conselho Nacional Antidrogas
CONFEN	Conselho Federal de Entorpecentes
EDIB	Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LCCFV	Laboratório de Cuidados a Crianças e Famílias Vulneráveis
LILACS	Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PSR	População em Situação de Rua
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SENAD	Secretaria Nacional Antidrogas
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

USF

Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	12
1	REFERENCIAL CONCEITUAL	17
1.1	Uso e abuso de álcool e outras drogas	17
1.2	Práticas de cuidado prestadas às gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas nos serviços de obstetrícia	23
1.3	Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica	27
1.4	Vulnerabilidade	30
1.5	Políticas públicas de saúde em situações de uso de álcool e outras drogas	34
2	REFERENCIAL TEÓRICO	45
2.1	Teoria da Transição	45
3	ABORDAGEM METODOLÓGICA	50
3.1	Tipo de estudo	50
3.2	Cenário e participantes do estudo	52
3.3	Participantes e realização das entrevistas narrativas	55
3.4	Historiograma	56
3.5	Aspectos éticos	57
3.6	Processo analítico das narrativas	58
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO.....	62
4.1	Mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas: vulnerabilidades e práticas de cuidado na enfermagem	62
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
	REFERÊNCIAS	96
	APENDICE A – Carta de Anuência	109
	APENDICE B – Carta de Apresentação da Pesquisa	110
	APENDICE C – Termo de Assentimento	111
	APENDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	113
	APENDICE E – Roteiro de Entrevista da Pesquisa	114
	ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa.....	115

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Na adolescência, conheci uma criança portadora da Síndrome de Prader Willi, uma desordem cromossomial subnotificada no Brasil (que, futuramente, foi meu estímulo de pesquisa na graduação em Enfermagem). Esta experiência possibilitou a fundação da Associação Prader Willi Brasil e do Instituto Olenka, organizações não governamentais que tinham como objetivo o trabalho com síndromes genéticas raras, que atualmente têm outras lideranças em seu comando, mas que continuam com o mesmo objetivo de trabalho.

Por meio dessas organizações não governamentais, em contato com crianças síndrômicas, liderei projetos sociais, vinculados a organizações internacionais de estudos a síndromes genéticas raras. Depois, ao ingressar na graduação em enfermagem, essas ações delimitaram claramente a afinidade com esta temática. Essa vivência possibilitou que viesse à tona a preocupação com a população vulnerável e o questionamento às políticas públicas excludentes, iniciando ali uma história que iria determinar toda a minha trajetória profissional. Mais tarde, em 2012, fui admitida como enfermeira no Programa Cegonha Carioca e lotada no acolhimento de uma maternidade de alto risco, localizada na zona norte do município Rio de Janeiro. Esta maternidade atende, junto a uma enfermeira obstétrica e um técnico de enfermagem, usuárias do serviço – gestantes e parturientes – com diferentes graus de complexidades e de riscos, em destaque, mulheres em sofrimento mental e/ou dependentes químicas. Entretanto, esta maternidade não possui normatização no atendimento a esta clientela, e apresenta reduzido número de profissionais capacitados e com competência para lidar com essas mulheres.

Atuando nesta maternidade, notei que as mulheres – gestantes ou parturientes – que procuravam o serviço em situação de abuso de álcool ou outras drogas tinham sua imagem prontamente associadas ao “desleixo” por quem as recebia. Era comum chegarem ao acolhimento da maternidade na “fissura da droga”, em período expulsivo, sem realização do pré-natal, sujas, maltrapilhas, evacuadas, urinadas, na maioria das vezes causando repulsa ao profissional que a recebia, via de regra, com concepções estereotipadas.

Muitas das vezes, a equipe não sabia como agir e sentia-se constrangida com a forma de se expressar dessas mulheres. Observei que meus pares, ao receberem essas mulheres como clientela, retraíam-se, perdiam sua espontaneidade, tinham medo e aversão, o que dificultava o estabelecimento de uma possível vinculação do profissional com esta mulher.

Como enfermeira do setor, entendia que tal dificuldade pode ser compreendida a partir da limitação do profissional em lidar com essa situação em seu cotidiano, ou como consequência da dificuldade da mulher em ser “cuidada”, visto sua condição de expressão direta da vulnerabilidade, por estar muitas das vezes em situação de rua, com uso de álcool e outras drogas.

Todas estas inquietações foram reforçadas após uma reunião com gestores de instituições municipais, durante a apresentação dos protocolos de enfermagem do município do Rio de Janeiro. Nestes protocolos as rotinas estabelecidas não propiciavam um atendimento individualizado e voltado para as gestantes com uso ou abuso de álcool e outras drogas nas diversas etapas do seu processo de gestação, parto e puerpério. O diferencial no atendimento estaria, portanto, a cargo do profissional que estivesse lotado nos diferentes setores das maternidades públicas, mais relacionado à sua visão e atitude individual, de forma não sistematizada e, provavelmente, sem embasamento técnico-científico para prestar um cuidado adequado.

Assim, baseada em minha vivência, comecei a me questionar sobre as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas, peça fundamental para o objeto de estudo desta pesquisa: as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas, na gestação, parto e puerpério, na perspectiva da vulnerabilidade e políticas públicas de saúde.

Ao ingressar no curso de mestrado acadêmico e participar das atividades desenvolvidas no Laboratório de Cuidados a Crianças e Famílias Vulneráveis (LCCFV), na Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), estas inquietações também foram balizadas em discussões acadêmicas frequentes, fomentando ainda mais o desejo de estudar a temática.

Provocada por estes sentimentos acerca do tema em tela, iniciei uma busca pelas bases de dados e manuais do Ministério da Saúde (MS) na tentativa de localizar uma normatização de atendimento específico a essas gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas, como são realizadas, por exemplo, com as vítimas de violência sexual no município do Rio de Janeiro.

Chamou a atenção, que a maioria dos materiais encontrados é prioritariamente direcionada a área de saúde mental e à “População em Situação de Rua” (PSR), mais uma vez

determinando estereótipos e vulnerabilizando a mulher que não se enquadra no perfil social (BRASIL, 2004a, 2012c, 2015a).

Desta forma, a população em situação de rua, é considerada como:

[...] o grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares interrompidos ou fragilizados e a inexistência de moradia convencional regular, e que utiliza os logradouros públicos e as áreas degradadas como espaço de moradia e de sustento, de forma temporária ou permanente, bem como as unidades de acolhimento para pernoite temporário ou como moradia provisória (BRASIL, 2009b p.1).

A Política Nacional para População em Situação de Rua (BRASIL, 2009a) tem como princípios: o respeito à dignidade da pessoa humana, o direito à convivência familiar e comunitária, a valorização e respeito à vida e à cidadania, o atendimento humanizado e universalizado, e o respeito às condições sociais e diferenças de origem, raça, idade, nacionalidade, gênero, orientação sexual e religiosa, com atenção especial às pessoas com deficiência. Portanto, necessariamente, trata-se de uma política pública que tem como vertente um olhar para estas mulheres, com histórico de uso e abuso de álcool e outras drogas, em qualquer etapa de sua vida, já que por diversos motivos é comum associar estas mulheres a situação de rua.

Em pesquisa realizada pelo Ministério de Desenvolvimento Social, sobre a Saúde da População em Situação de Rua (BRASIL, 2014c), observa-se que somente 18% desta população é composta por mulheres, mas destaca como o principal motivador geral para a permanência nas ruas o uso e abuso de álcool e outras drogas. Esta associação é determinante para a situação de extrema vulnerabilidade dessas mulheres, que sofrem por sua condição de gênero, maiores índices de violência física, psicológica, abuso sexual, doenças sexualmente transmissíveis, e gravidezes não planejadas e/ou indesejadas (BRASIL, 2012b).

Nesta perspectiva de PSR, existem fluxos de atendimento pré-natal para estas mulheres – gestantes – centrados na atuação dos profissionais da atenção básica, que necessariamente “devem” ser capacitados para atuar com o olhar para o uso e abuso de álcool e outras drogas, e suas consequências para mãe e bebês, sejam através dos Centros de Atenção Psicossociais (CAPS), ou aqueles específicos para usuários de álcool e outras drogas denominado Centro Atenção Psicossocial álcool e drogas (CaspA), ou Estratégia de Saúde da Família (ESF). O fato que não pode ser ignorado é que em algum momento, essa mulher, chega ao cenário da maternidade para parir, com toda essa complexidade de relações sociais e

biológicas, e essa condição nos remete a reflexão quanto à forma que os profissionais de enfermagem prestam esse cuidado.

Observa-se, portanto, dois hiatos nas políticas públicas. O primeiro diz respeito ao fato dos programas e propostas governamentais não considerarem que mulheres fora da situação de rua, que usam e abusam de álcool e outras drogas na gestação, também necessitem de um atendimento diferenciado, por também se encontrarem em situação de vulnerabilidade. Estas são atendidas pela mesma rede de atenção básica, que não necessariamente irá lhe proporcionar este atendimento integral voltado para a população de risco, simplesmente porque o risco não é identificado. O segundo refere-se ao fato de não haver interlocução entre a atenção básica e a rede hospitalar de referência e contra referência dessas mulheres, que chegam às maternidades muitas das vezes sem uma história pregressa, ou sem ações potencialmente modificadoras dessa realidade.

Neste contexto, entende-se a necessidade de ouvir, através das narrativas de vida dessas mulheres, como são desenvolvidas as práticas de cuidado de enfermagem. E para isso, elaborou-se as seguintes questões norteadoras:

- a) Quais são as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas na gravidez, parto e puerpério?
- b) Que tipo de vinculação o profissional de enfermagem estabelece com a mulher que usa e abusa de álcool e outras drogas?
- c) Que tipo de vulnerabilidade a mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas está sujeita?

Para responder às questões, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- a) **Objetivo Geral**
Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem, à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas na gestação, parto e puerpério, na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde;
- b) **Objetivos específicos**
 - Descrever as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas na gestação, parto e puerpério,

- Identificar o tipo de vinculação estabelecida entre o profissional de enfermagem e a mulher que usa e abusa de álcool e outras drogas,
- Discutir a vulnerabilidade desta mulher na perspectiva das políticas públicas.

Para o Curso de Graduação em Enfermagem esta pesquisa contribui como estímulo para que a temática seja discutida na formação do futuro profissional. E, para os Programas de Pós-Graduação *Lato e Stricto Sensu*, oferece subsídios para o desenvolvimento de novas pesquisas em outras perspectivas e abordagens. Para o Laboratório de cuidados a crianças e famílias vulneráveis (LCCFV), da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FE-UERJ) - contribui com produção do conhecimento sobre o uso e abuso de álcool e outras drogas no período reprodutivo na perspectiva das vulnerabilidades.

Que a história de vida das mulheres participantes deste estudo seja o fundamento teórico e base para se repensar e ressignificar as ações em saúde e políticas públicas, de modo a torná-las meios para a mudança da realidade desta população marginalizada e vulnerável, reduzindo riscos e danos para as próximas gerações.

1 REFERENCIAL CONCEITUAL

Neste capítulo, apresentam-se os principais conceitos que possuem relação com o objeto da pesquisa, bem como são contextualizados os temas relevantes para a compreensão da magnitude do problema. Portanto, apresentam-se três subtítulos que abordam: o uso e abuso de álcool e outras drogas, as práticas de cuidado prestadas às gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas nos serviços de obstetrícia, e, as tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica.

1.1 Uso e abuso de álcool e outras drogas

O consumo de substâncias psicoativas existe desde os primórdios da humanidade, em diversos contextos culturais, sendo inicialmente utilizadas na busca da transcendência, da imortalidade, do prazer, e da sabedoria. Esteve associada ao misticismo, rituais, e até mesmo a aspectos econômicos, tais como relações de compra e venda (DÉA et al., 2004). O homem, ao longo de sua existência, busca aumentar seu prazer e diminuir seu sofrimento.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS) - (WHO, 2016), droga é qualquer substância psicoativa introduzida no organismo vivo que altera uma ou mais das suas funções. Tais substâncias podem levar a dependência química, uma vez que seu uso provoca uma necessidade insaciável do consumo repetitivo, mesmo sabendo-se dos danos e consequências que podem causar. Estão incluídas nesta definição substâncias classificadas como lícitas ou ilícitas, determinadas juridicamente em cada sociedade, estando incluídas: bebidas alcólicas, tabaco, uso de medicamentos, maconha, cocaína, crack, dentre outras.

Em todas as sociedades o grupo social primário é sempre a família. A composição da família varia grandemente entre as culturas, assim como o papel que ela desempenha na vida de seus membros. As famílias, assim como grupos culturais maiores, também têm sua visão de mundo particular, seus próprios códigos de comportamento, papéis de gênero, conceitos de tempo e espaço, gírias e linguagens próprias (HELMAN, 2009).

Essa cultura familiar pode ser protetora ou patogênica para a saúde dependendo do contexto. Como exemplo, certos tipos de estrutura familiar podem contribuir para o

desenvolvimento do abuso de álcool entre os filhos, posteriormente, na vida (HELMAN, 2009).

Assim, compreende-se que a família tem papel fundamental na orientação matricial e tradução dos códigos culturais para seus membros, independente do arranjo familiar. A família elabora as relações primárias e, portanto, é corresponsável por elas (SCHENKER; MINAYO, 2003).

A história familiar de uso e abuso de substâncias, assim como a hereditariedade, também são determinantes que precisam ser levadas em consideração e influenciam diretamente no comportamento de risco aumentado em quatro vezes (SERRADILHA; GOMES; VILA REAL, 2012).

Inquérito realizado por pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, em 2005 (BASTOS; BERTONI; HACKER, 2008) identificou que o álcool é a substância mais frequentemente utilizada (18%) em uma amostra representativa na população, cujos participantes possuíam entre 16 e 65 anos, de ambos os sexos. O uso de drogas ilícitas (no Brasil) de forma isolada foi mais frequente entre homens (13,2%) do que entre mulheres (5%), sendo a região sudeste a mais afetada do país. Ser do sexo feminino e da cor branca foi um fator de proteção à chance do uso de drogas ilícitas. Esta pesquisa não diferenciou mulheres em idade fértil, ou o uso destas substâncias durante a gestação.

As diferenças fisiológicas entre homens e mulheres determinam agravos à saúde distintos, relacionados à variável sexo. Nas mulheres, além de alterações fisiológicas como consequência ao uso e abuso de drogas, se estiverem grávidas potencializam-se possibilidades de danos ao feto, alterações no ciclo menstrual, infertilidade, assim como maior exposição às doenças sexualmente transmissíveis (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007).

Por sua vez, contradizendo os malefícios descritos, estudos indicam que o consumo moderado bebida alcoólica pode ser utilizado de forma a prevenir doenças coronarianas, entretanto seu consumo de modo excessivo é associado a problemas de saúde e sociais, que suplantam os benefícios (BRASIL, 2004b). Portanto, toda discussão sobre alcoolismo e outras drogas exige a dimensão dos limites do chamado aceitável, popularmente conhecido como “uso social” que se caracteriza pelo uso de quantidades moderadas, principalmente em eventos, que não prejudiquem as atividades cotidianas do indivíduo (BEZERRA, 2015). Todavia, é mister ressaltar que mesmo esse “uso social”, é um risco para o consumo nocivo e a dependência, pois há possibilidade de o indivíduo passar do uso experimental para o recreacional e habitual (OLIVEIRA et al., 2013).

O conceito de consumo moderado é difícil de definir na medida em que ele transmite significados diferentes para as pessoas. Comumente, associa-se a este conceito a ideia de beber socialmente, ou seja, o uso de álcool dentro dos padrões aceitos pela sociedade. De acordo com o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, em 2005, constatou-se o uso de 68% de bebida alcoólica em mulheres, com destaque para aquelas com idade entre 25-34 anos, que apresentou uma taxa de 73%. A dependência do álcool foi encontrada em 11% da população estudada nas 107 maiores cidades brasileiras (17% dos homens e 6% das mulheres) e, surpreendentemente, o consumo de álcool entre os jovens, na faixa etária de 12 a 17 anos, foi observado em 48%, sendo que 4% já relatavam problemas decorrentes do uso dessa substância (CARLINI et al., 2002).

Recentemente, elaborou-se o III Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira em parceria com diversos pesquisadores do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz (ICICT/FIOCRUZ), e apoio da Fundação para o Desenvolvimento Científico e Tecnológico em Saúde (Fiotec). Este levantamento abrangeu áreas rurais onde vivem 15% da população brasileira, e de fronteiras, uma vez que o Brasil faz divisa com outros países nas regiões norte, central e sul. Esta pesquisa possuiu como objetivo verificar o consumo e o impacto das drogas na saúde da população, para que estratégias possam ser traçadas na área de saúde para enfrentar o problema.

O consumo de álcool varia notavelmente de acordo com as áreas geográficas, sendo mais comum nas áreas urbanas que nas rurais. Aparece entre pessoas de qualquer nível socioeconômico, com uma prevalência especialmente elevada entre pessoas de classes sociais mais altas. Entre adolescentes, está muito relacionado com o fracasso escolar, abandono dos estudos, histórias de ausência escolar e delinquência (HURTADO, 2012).

É considerada bebida alcoólica aquela que contém 0.5 graus Gay-Lussac ou mais de concentração, incluindo-se bebidas destiladas, fermentadas e outras preparações, como a mistura de refrigerantes e destilados. Além dessas, as preparações farmacêuticas que contenham teor alcoólico igual ou acima de 0.5 grau Gay-Lussac também são consideradas (BRASIL, 2007). Considera-se consumo abusivo quando há quatro ou mais doses para mulheres e cinco ou mais para homens em pelo menos uma ocasião nos últimos 30 dias, apresentando também complicações físicas e/ou psíquicas (FERREIRA et al., 2011).

Vale destacar que ainda segundo o entendimento da OMS existem os bebedores excessivos episódicos, que seriam aqueles que consomem mais da metade do volume de

álcool semanal em um determinado momento ou situação, e que o fazem de forma rotineira (BRASIL, 2004a).

Acredita-se que, por muito tempo, o problema do consumo de álcool e outras drogas foram quase que exclusivo ao sexo masculino, porém há quase dois séculos, essa problemática afeta também as mulheres. Essa aparente equivalência de consumo de álcool e outras drogas entre os sexos determinaram a quase inexistência de relatos sobre o assunto, e originou a escassez de estudos que apontem as diferenças de gênero quanto ao abuso dessas substâncias (WILSNACK et al., 2000).

Portanto considera-se que o risco indica probabilidades e a vulnerabilidade é um termômetro da desigualdade social. A vulnerabilidade antecede o risco e determina o risco de se infectar, adoecer ou morrer (BERTOLOZZI et al., 2009).

A OMS (2004) tem buscado fornecer uma ideia global dos fatores biológicos relacionados ao consumo de substâncias e à farmacodependência, sob o ponto de vista da neurociência. Para isso, os estudos versam sobre o estado atual dos conhecimentos sobre os mecanismos de ação dos diferentes tipos de substâncias psicoativas, e explica de que maneira o consumo de tais substâncias pode levar ao desenvolvimento da síndrome de dependência.

As neurociências englobam todas as funções do sistema nervoso, especialmente as do cérebro onde as substâncias psicoativas têm a capacidade de alterar a consciência, a disposição e os pensamentos. As pesquisas nesta área mostraram ser a farmacodependência um transtorno crônico, recorrente, com uma base biológica e genética. Existem tratamentos e intervenções eficazes para as farmacodependências que implicam intervenções tanto farmacológicas como comportamentais. O preconceito associado ao consumo e a dependência de substâncias psicoativas pode impedir a procura de tratamento assim como a implementação de políticas adequadas relacionadas com prevenção e tratamento (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004).

Os conhecimentos sobre as farmacodependências em neurociências fornecem uma oportunidade para esclarecer interpretações errôneas, e eliminar estereótipos incorretos e prejudiciais. Afinal, ela é capaz de apresentar os efeitos das substâncias psicoativas sobre o cérebro e a maneira como fomentam o desenvolvimento de dependência, juntamente com os fatores genéticos e ambientais que podem predispor ou proteger os indivíduos do desenvolvimento de dependência.

Assim como o álcool, o tabaco também acarreta prejuízos à saúde. É uma das mais importantes causas, potencialmente evitáveis de doenças e morte. Dentre seus efeitos incluem:

doenças cardiovasculares (infarto, acidente vascular cerebral e morte súbita); doenças respiratórias (enfisema, asma, bronquite crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica); diversas formas de câncer (pulmão, boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, pâncreas, rim, bexiga e útero) (OLIVETTI, 2013). É responsável por cerca de 90% de câncer de pulmão em homens e 70% de câncer de pulmão em mulheres. Estima-se que, anualmente, em todo o mundo, ocorram cinco milhões de mortes relacionadas ao fumo, 10 mil mortes por dia, ou seja, uma pessoa a cada seis segundos, reduzindo a expectativa de vida em 15 anos (NUNES et al., 2011).

Outras drogas também apresentam diversos efeitos nocivos ao organismo humano. Não há consenso sobre qual é a dose de cocaína, muito menos de crack, necessária para desencadear problemas sérios à saúde ou mesmo à vida do usuário. Porém, mesmo em pequenas doses os usuários de crack e cocaína costumam ter, frequentemente, complicações psiquiátricas, entre elas: episódios de pânico, depressão e psicose. Os sintomas psicóticos (delírios paranoides, alucinações) podem desaparecer espontaneamente após algumas horas (ao final da ação da cocaína), mas agitações extremas podem necessitar de sedação com os benzodiazepínicos (MARQUES et al., 2012).

É comum problemas respiratórios estarem associados ao uso da maconha. A fumaça produzida é muito irritante, contém alto teor de alcatrão (maior que no caso do tabaco) e nele existe uma substância chamada benzopireno, um conhecido agente cancerígeno. Ocorre, ainda, uma diminuição de 50% a 60% na produção de testosterona dos homens, podendo haver infertilidade. As diferenças no consumo de maconha entre os gêneros estão menores a cada ano. Ainda que estudos epidemiológicos mostrem que mulheres usam menos substâncias psicoativas do que os homens, o número de mulheres que fazem uso e abuso dessas substâncias aumenta a cada ano (RIBEIRO et al., 2016).

Pesquisa realizada pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) demonstra a relação do uso de Crack com o desenvolvimento de um comportamento de risco em 150 mulheres, que neste caso tinham como foco a infecção por DST/HIV/AIDS:

[...] 80% das entrevistadas referem que a idade da primeira experiência sexual ocorreu antes dos 15 anos de idade, sendo que metade da amostra teve sua iniciação antes dos 14 anos. Constata-se o dado alarmante de 17% da iniciação sexual por estupro. Das entrevistadas, 72% referiu não saber que teria que se proteger nas relações sexuais, revelando baixo conhecimento sobre doenças sexualmente transmissíveis; conseqüentemente, o percentual dessas mulheres que refere ter usado preservativo na primeira relação sexual é extremamente baixo: 7%. Essas mulheres iniciaram precocemente o uso de crack, geralmente por influência do companheiro,

sendo que para algumas o crack foi à primeira droga psicotrópica utilizada. Citam o álcool e a maconha como substâncias de uso obrigatoriamente associado ao crack (BRASIL, 2003, p.20).

Tal pesquisa demonstra a relação do uso do Crack, além de álcool e maconha, que estão mais comumente associados, com o comportamento sexual desprotegido, que independente do desenvolvimento da doença estudada, neste caso DST/HIV/AIDS, expõe a mulher a uma gravidez não planejada.

Cabe estabelecer aqui ao leitor a distinção entre risco e vulnerabilidade. O conceito de risco, na epidemiologia, diz respeito às chances probabilísticas de um indivíduo qualquer ser susceptível à exposição de agentes. Isso significa que, em saúde, o conceito de “risco” é um instrumento que identifica as probabilidades de exposição de determinados grupos à infecção. Já a vulnerabilidade se traduz em “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação (AYRES et al., 2003).

O conceito de risco não definia a abrangência dos determinantes característicos da infecção do vírus da imunodeficiência humana (HIV) no final do século XX, necessitando de um novo conceito, que levasse em consideração os aspectos da vida particular e coletiva das pessoas, das condições socioambientais em que vivem e, ainda, das respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades de saúde, emergindo assim, o conceito da vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Em uma revisão bibliográfica que abordou o consumo de drogas entre mulheres em idade reprodutiva, Yamaguchi et al. (2008) identificaram que, embora este seja um problema de saúde pública de amplo espectro, a temática é pouco desvelada e aprofundada em pesquisas nacionais.

De forma incipiente, encontram-se estudos que apontam que gestantes com abuso de álcool e drogas apresentam maior probabilidade de apresentarem intercorrências obstétricas e fetais, e sua participação em rodas de gestante, grupos de discussão e ao próprio pré-natal são reduzidas. Estereotipadas pela justiça, essas mulheres carregam a sombra da incapacidade de cuidado de seus próprios filhos (KASSADA et al., 2013). Um artigo que trata das implicações anestésicas relacionadas ao uso de drogas durante a gravidez aponta que o uso nesse período pode estar relacionado às manifestações clínicas e alterações fisiológicas que podem elevar o risco de morte, demonstrando a necessidade de atenção a este evento (KUCZKOWSKI, 2003).

No cotidiano assistencial, observam-se práticas sexuais inseguras diretamente ligadas ao abuso de álcool e outras drogas por mulheres, pois as substâncias psicoativas existentes nas drogas são capazes de alterar a percepção e julgamento tornando-as cada vez mais vulneráveis. Tais práticas aumentam o risco de gravidezes indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis, que necessitam de uma assistência diferenciada e especializada (SERRADILHA; GOMES; VILA REAL, 2012).

Essas mulheres são também vulneráveis à violência, que está presente em qualquer fase de suas vidas, e, não obstante, também se evidencia na fase da gestação, causando, muitas das vezes, danos aos seus descendentes. Em algumas situações é possível se evidenciar o uso de substâncias psicoativas como alternativa para se suportar esse cenário familiar violento e desestruturado (RODRIGUES; NAKANO, 2007).

Esta gama de situações e cenários que permeiam a assistência a estas gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas devem ser levadas em consideração para a melhor assistência em saúde, promovendo assim a cidadania e o respeito aos direitos humanos.

1.2 Práticas de cuidado prestadas às gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas nos serviços de obstetrícia

Neste estudo, entendem-se como “práticas” as ações desenvolvidas no cotidiano da enfermagem. Corroborando com o conceito de Figueiredo (2002) sobre “prática de enfermagem” trata-se do ato profissional de cuidar, neste caso dos profissionais de enfermagem, cujas funções desempenhadas são direcionadas ao cliente com determinados objetivos, dependente das concepções, crenças e conhecimentos individuais.

Para se estabelecer a analogia entre o conceito de “práticas” e “cuidado”, torna-se necessário entender como se estabelecem as relações de cuidado na atuação profissional em saúde. Etimologicamente, a palavra ‘cuidado’ deriva do latim *coera*, sendo utilizada principalmente em contextos de relações de amor e de amizade. Expressa a atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa ou objeto estimado (BOFF, 1999).

Na esfera do trabalho em saúde, Merhy (1997) considera que independentemente do papel desempenhado, todo o profissional de saúde é um operador de cuidado, pois como tal

deve ao menos estar capacitado para atuar no nível das tecnologias leves, atuando igualmente como mediador dos processos multidisciplinares. Assim, a atitude de cuidar implica no estabelecimento de vínculo e na compreensão das vivências humanas, que deve ser em ambas as direções, neste caso, do profissional para a mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas, e vice-versa (BRUGGEMAN, 2001). Portanto, neste processo, há a necessidade de um cuidado interpessoal cujas bases devem ser estabelecidas a partir do sentimento de ajuda e de confiança mútua, pautado em valores humanísticos e no conhecimento científico multidisciplinar (BOBROFF, 2003).

Ao se pensar acerca das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de saúde a estas mulheres, observa-se um lacuna entre o desenvolvimento das políticas públicas, o desenvolvimento científico e a implementação de medidas realmente modificadoras desta realidade.

A dependência de álcool e outras drogas na gestação é um problema de grande magnitude para os serviços de saúde pública. Em uma pesquisa com 394 mulheres atendidas no município de Maringá, no estado do Paraná, de janeiro a julho de 2012, observou-se que 18,28% utilizaram drogas no período gestacional (KASSADA et al., 2013).

A gestante com abuso de álcool e outras drogas tem menos adesão ao pré-natal e grupo de gestantes, tendo também mais riscos de complicações obstétricas e fetais, podendo estar associadas ao “sentimento de culpa” pelo uso da substância. Essa gestação não é somente compreendida de alto risco pelos prejuízos causados ao feto, mas também pela questão da vulnerabilidade individual, social e programática que essa mulher se encontra. Assim, o papel desses profissionais que atuam na atenção básica é fundamental para que as orientações a essa mulher sejam realizadas sem julgamentos (KASSADA et al., 2013).

Conforme discutido anteriormente, essa gestante carrega consigo o estigma social do usuário de álcool e outras drogas, de doentes, delinquentes e descontrolados, o que se potencializa, quando a mesma chega à maternidade, na maioria das vezes, sem ter realizado o acompanhamento pré-natal, sem ter recebido de profissionais da saúde orientações mínimas do que irá acontecer no ato de parir, em condições precárias de higiene ou em estado alterado de consciência (FIORE, 2012; ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Esses são possíveis fatores de comprometimento para o direcionamento das mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas ao atendimento da maternidade, o que deveria ser feito por um profissional desarmado de conceitos ou introjeções sociais para que de fato as práticas de cuidado sejam efetivas.

Refletindo sobre o atendimento a estas mulheres nas maternidades, percebe-se que os serviços de obstetrícia e os profissionais de saúde que atuam na assistência necessitariam de uma formação específica, haja vista a carência de saberes do manejo da dependência química pelos diversos atores, incluindo-se a enfermagem (ROSENSTOCK; NEVES, 2010).

Na maioria dos serviços de obstetrícia os profissionais de enfermagem são os primeiros a prestarem cuidados a estas mulheres. Por isso, torna-se válido ressaltar os avanços da enfermagem obstétrica. Discussões sobre humanização e suas nuances, como a autonomia e direitos da população, ganham enfoque nos mais variados setores da saúde, principalmente na assistência à mulher. A inclusão do parto realizado por enfermeira obstétrica na tabela de pagamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) e a instituição de centros de parto normal sob a coordenação de enfermeiras obstétricas, têm produzido confrontos com a categoria médica, já que estes não valorizam e não reconhecem o trabalho desenvolvido pela enfermeira obstetra, dificultando suas ações (SENA et al., 2012).

A enfermagem obstétrica ganha destaque a partir da identificação de graves problemas, ao longo dos anos, com a medicalização excessiva do parto, o que demandou modificações nesse modelo de assistência, principalmente nos de baixo risco. A sociedade passou a valorizar e respeitar a enfermeira obstetra, que considera, em sua atuação, o parto como um acontecimento fisiológico, humanizado e com qualidade (SENA et al., 2012).

É importante destacar como as questões neoliberais foram importantes nesse processo de consolidação da enfermagem obstétrica no cenário do nascimento. As concepções neoliberais auxiliaram as práticas de cuidado na área da saúde, visando à redução dos indicadores de morbidade e mortalidade materna e neonatal, e de qualificação da assistência às gestantes e neonatos. O contexto neoliberal foi um determinante político-econômico decisivo para a inserção da enfermeira¹ obstétrica na humanização do parto e nascimento (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012).

As enfermeiras obstétricas alcançaram êxito com a política neoliberal. Estas profissionais tiveram sua prática reconhecida e amparada legalmente, ganharam poder e autonomia na assistência ao parto e tiveram condições de lutar pela ocupação de espaços durante a implantação das práticas humanizadas. Assim, a enfermeira obstétrica atendeu aos requisitos para atuar em um modelo humanizado, subordinado à política neoliberal brasileira num mundo globalizado (PRATA; PROGIANTI; PEREIRA, 2012).

¹ Neste estudo, utilizou-se o termo enfermeira, para designar o profissional do gênero feminino e masculino, por ser a Enfermagem uma profissão em que predomina o gênero feminino.

Contudo, apesar desses avanços científicos e do entendimento da enfermagem obstétrica de que o parto é um evento fisiológico, ele ainda é considerado como patológico pela maior parte da sociedade. É um evento medicalizado, patologizando a fisiologia das mulheres, centrado na figura médica (DAVIS-FLOYD, 2001; ZORZAM, 2013). É visto como um evento de risco, tendo o ambiente hospitalar como melhor cenário. Baseado num modelo tecnocrático desvaloriza o protagonismo e autonomia da mulher e destaca intervenções desnecessárias e prejudiciais que resultam em altas taxas de cesarianas (SOUSA et al., 2016).

Entretanto, as práticas de cuidado desenvolvidas pela enfermagem a mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas parecem ser permeadas por uma resistência velada. Trata-se de uma construção social que lhes foi imposta e que desenha valores negativos em relação a estas mulheres (ASSUNÇÃO, 2000; CARLINI et al., 2002; CARRARO; RASSOOL; LUIS, 2005).

A correlação entre o uso e abuso de álcool e drogas, e a situação de rua, já foi estabelecida pelos manuais que determinam políticas específicas para esta população (BRASIL, 2009a). Estas mulheres sofrem pelo fato de terem fugido de suas residências ou terem sido postas para fora, por conta do consumo de drogas, sendo esse fenômeno estimulado pelas campanhas preconceituosas, de cunho sensacionalista, que estigmatizam a imagem dos usuários, associando-os à violência e à marginalidade; no caso específico das mulheres, estas foram associadas à promiscuidade e/ou a casos de negligência familiar (MEDEIROS et al., 2015).

A gravidez não planejada, e por muitas vezes indesejada, oriunda de relações sexuais inseguras e a prostituição como moeda de troca por drogas, traz como consequência a baixa adesão ao pré-natal. Assim, o abrigo torna-se uma opção para se obter ajuda na desintoxicação e abstinência, viabilizando o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde. Corroboram para esta afirmação as pesquisas de Horta et al. (2015) e Medeiros et al. (2015) que demonstraram que as mulheres usuárias de crack no CAPS tem uma tendência a buscar mais os serviços de saúde do que os homens.

Apesar de haver controvérsias, uma pesquisa qualitativa realizada com enfermeiros de Unidade de Saúde da Família do Interior Paulista aponta que a fragilidade da orientação no pré-natal quanto aos malefícios do uso de drogas ao binômio mãe-bebê pode ser um dos fatores que fortalecem a manutenção do vício no período gestacional (RODRIGUES; ZERBETTO; CICCILINI, 2015). A maioria dos profissionais utiliza o momento da solicitação de exames no pré-natal, tais como HIV e Hepatite, para obter a informação sobre o

uso de álcool e drogas, o que deveria ocorrer na anamnese inicial dessa gestante (YAMAGUCHI et al., 2008).

Existe, também, a possibilidade dessa gestante não procurar os serviços de saúde para tratamento e buscá-lo, tão somente, no momento do parto. Isto ocorre por vários fatores, como por exemplo, o desejo da família de tornar invisível o seu estado de dependência, haja vista o conceito social normativo que estigmatiza tal prática num momento tão singular como a maternidade (OLIVEIRA; PAIVA, 2007).

Vale ressaltar que em minha experiência profissional no serviço de Acolhimento e Classificação de Risco do Programa Cegonha Carioca, a busca dessa gestante à maternidade se dá, em algumas situações críticas, tais como: franco trabalho de parto provenientes do atendimento móvel de urgência; por demanda espontânea desacompanhadas do atendimento especializado; ou durante a gestação para tratamento, encaminhadas pelos polos, CAPSad ou organizações conveniadas.

Assim, entendendo as múltiplas facetas que interferem nas práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem, que podem ser estabelecidas desde a chegada dessas mulheres nas unidades de saúde. Torna-se importante identificar como essas práticas são desenvolvidas com esta clientela, através da narrativa de vida dessas mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas.

1.3 Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica

Na década de 90, iniciou-se no Brasil o movimento de humanização do parto e nascimento, como uma forma de questionar, principalmente, a conduta dos profissionais de saúde, em especial, da obstetrícia acerca de práticas rotineiras na atenção ao parto. Neste movimento, compreende-se como humanização um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Envolve uma mudança da atenção à saúde prestada por estes profissionais aos seus usuários, neste caso: mulheres (BRASIL, 2003).

Nesta época, respaldadas pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial de Saúde (OMS), muitas enfermeiras obstétricas incorporaram em seu fazer práticas obstétricas reconfiguradas, pautadas nessa perspectiva da humanização do parto. Elas desenvolveram

tecnologias que são denominadas atualmente de tecnologias não invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica (PROGIANTI; VARGENS, 2004). Essa concepção de tecnologia como condutas próprias do cuidado de enfermagem surge a partir da insatisfação ao modelo tecnocrático e medicalizado que as mulheres eram assistidas há algumas décadas (TORRES, 2006).

Porém, antes de adentrar o conceito da expressão tecnologia de cuidado, se faz necessário o entendimento do termo tecnologia, que, etimologicamente, adveio do substantivo grego *Techne* que significava arte, habilidade, ofício. O sufixo *logia* tem o significado de estudo. Desse modo, significa a razão do saber fazer ou o estudo deste (KOERICH et al., 2006; ROCHA et al., 2008).

Vale destacar que ao longo do desenvolvimento da sociedade e da ciência a palavra tecnologia já recebeu diversos significados e, portanto, apresenta-se em três dimensões de significado. A primeira delas compreende o universo dos objetos físicos, instrumentos, maquinário, matéria. Essa ideia de tecnologia com o sentido de aparelhos provém da primeira revolução científica quando a força física do homem foi substituída pelas energias das máquinas a partir do início do século XX (ROCHA et al., 2008). A segunda diz respeito a uma forma de conhecimento, onde através do saber podem-se utilizar determinados objetos de forma a compreender como usá-lo, repará-lo, projetá-lo e produzi-lo; e, por fim o significado de compor parte de um conjunto intrincado de atividades humanas (MARTINS; SASSO, 2008).

Quando relacionada ao trabalho em saúde, a tecnologia deve ser entendida como um saber estruturado aplicado com intencionalidade e justificativa e que produz um resultado que satisfaça as necessidades individualizadas dos seres humanos, classificada nas seguintes esferas (NIETSCHER; LEOPARDI, 2000):

- a) **tecnologias leves:** implicam a criação de relação entre sujeitos (profissional de saúde e cliente), e pode se concretizar através da comunicação, do acolhimento e vínculo;
- b) **tecnologias leves-duras:** que são os saberes bem estruturados que atuam no processo de saúde, como a enfermagem;
- c) **tecnologias duras:** que são os equipamentos tecnológicos (como as máquinas, normas, rotinas e estruturas organizacionais).

O termo tecnologia de cuidado foi definido no estudo de Neves e Vargens (2003, p.12), como sendo as técnicas, procedimentos e conhecimentos que são utilizados pela enfermeira durante todo o processo de cuidar com o paciente. Ultrapassa o seu significado literal e adquire a expressão de cuidado, sendo ao mesmo tempo processo e produto, com a finalidade para a saúde (ROCHA et al., 2008). Relaciona-se com recursos tanto humanos quanto materiais (KOERICH et al., 2006). Desse modo, ao discorrer sobre tecnologia estamos considerando o processo de trabalho, utilizando inúmeras opções tecnológicas no campo da saúde.

Já as tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica representam o conjunto de técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pela enfermeira na sua prática assistencial, entendendo que o parto é um processo fisiológico e respeitando a natureza e a integridade corporal e psíquica das mulheres (PROGIANTI; VARGENS, 2004). As enfermeiras obstétricas passaram a utilizar técnicas que consideram favoráveis à evolução fisiológica do trabalho de parto e práticas não farmacológicas para o alívio da dor. Com a recorrência de utilização destas práticas, algumas enfermeiras passaram a referir-se a elas como tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica (TORRES; SANTOS; VARGENS; 2008).

Assim, entende-se que discutir sobre tecnologias de cuidado de enfermagem não significa debater sobre equipamentos ou ferramentas, mas sobre como se utilizar um conjunto de saberes próprios da enfermagem para se discutir um modelo adequado de assistência, baseado em evidências científicas (SEIBERT, 2010).

Finalmente, as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem, principalmente na enfermagem obstétrica, segundo a OMS era entendido como uma forma de ver as ações da enfermeira obstétrica no ato de cuidar, voltado principalmente às ações desenvolvidas no cuidado à mulher durante o parto. O principal objetivo é o resgate do papel ativo da mulher, durante todo o processo fisiológico da gravidez. Muitas destas tecnologias são reconhecidas como recursos benéficos na assistência ao parto, pois auxiliam na redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Recentemente, reformulou-se este conceito como as práticas/cuidados diários desenvolvidos pela enfermeira obstétrica com a parturiente, fundamentadas no modelo humanístico de assistência, que se caracterizam principalmente pela não-invasão e pelo respeito à autonomia e privacidade da clientela (MACEDO et al., 2005; MEDINA, 2003; PROGIANTI et al., 2009; PROGIANTI; VARGENS, 2004).

Existem 12 elementos que constituem o significado das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica: derivam do saber estruturado das enfermeiras obstétricas; buscam potencializar as capacidades de cada mulher, portanto, é uma tecnologia adaptável e renovável a cada encontro entre a enfermeira e a mulher; incorporam e integram saberes populares e de outras disciplinas para o estabelecimento do cuidado; não se limitam às instituições hospitalares e saberes acadêmicos; são complexas, uma vez que fazem uso da emoção, da sensibilidade, da intuição, da espiritualidade, além da razão na elaboração do cuidado (TORRES, 2006).

Essas tecnologias possuem como base o parto natural como um processo fisiológico, visando proporcionar um momento mais prazeroso e menos traumático para a mulher e seu filho. O uso destas tecnologias tende a criar um ambiente favorável para o empoderamento da mulher, estimulando a consciência crítica e a autonomia, permitindo que expressem o significado dessa experiência na puérpera com histórico de uso de drogas (LIMA et al., 2015). A enfermeira obstétrica que utiliza as tecnologias não-invasivas de cuidado com as parturientes oferece-lhes um poder de decisão para que sejam capazes de passar, da melhor forma e sem intervenções, desnecessárias, pelos processos naturais (MACEDO et al., 2008).

É importante deixar claro que a enfermeira obstétrica não deve esquecer que as tecnologias de cuidado são uma opção e uma decisão da mulher. Elas não podem (e não devem) ser impositivas. As mulheres devem ser, através de orientações e esclarecimentos, estimuladas a participar ativamente do seu processo, essa é a principal tecnologia de cuidado (MACEDO et al., 2008).

1.4 Vulnerabilidade

A palavra vulnerável origina-se do latim *vulnerabilis* e apareceu pela primeira vez na língua portuguesa no início do século XVIII (HOUAISS, 2009). No Brasil, aponta-se que o termo vulnerabilidade é originário da área de advocacia internacional pelos direitos humanos e designa, em sua origem grupos ou indivíduos fragilizados, politicamente ou juridicamente, na promoção, proteção ou garantia dos direitos de cidadania (AYRES, 1997).

Vulnerabilidade é a “qualidade ou estado do que é ou se encontra vulnerável”. Vulnerável significa “ferido, sujeito a ser atacado, derrotado, frágil, prejudicado ou ofendido” (HOUAISS, 2009, p. 1961).

Vulnerável também se refere ao “lado fraco de um assunto ou de uma questão ou o ponto pelo qual alguém pode ser atacado ou ferido” (FERREIRA, 1999, p. 2089).

O termo foi definido em 1930 como: “susceptibilidade à deterioração de funcionamento diante de estresse”. Por essas raízes etimológicas, vulnerabilidade é um termo geralmente usado na referência de predisposição a desordens, a respostas ou consequências negativas ou de susceptibilidade ao estresse. Assim, considera-se vulnerabilidade o estado de incapacidade ou limitação da liberdade que torna indivíduos, ou a coletividade, incapazes de protegerem seus próprios interesses de forma relativa ou absoluta. São, portanto, pessoas ou grupos, que não possuem os atributos necessários para a garantia e exercício de seus direitos (ARAN; PEIXOTO JÚNIOR, 2007).

Por longo tempo, a situação socioeconômica precária foi considerada o principal condicionante de vulnerabilidade. Pesquisas e estudos dentro dessa abordagem adotam um ponto de vista estático e tomam características de grupos, tais como, renda salarial, escolaridade, condição de moradia, acesso a bens e a serviços, para traçar índices de vulnerabilidade socioeconômicos (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Esta perspectiva, na medida em que, ao classificar um grupo como vulnerável – os pobres – corre-se o risco de generalizar e alimentar a crença de que todas as pessoas desta camada social são vulneráveis e/ou de que a vulnerabilidade não está presente na vida das pessoas de classes socioeconômicas mais elevadas.

Porém, as concepções sobre vulnerabilidade bem como as próprias concepções sobre pobreza mudaram. Hoje não é mais suficiente alimentar a crença de que a simples ampliação da capacidade de consumo das pessoas seria suficiente para reduzir a vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

No campo da saúde pública, o conceito de vulnerabilidade foi utilizado primeiramente associado ao contexto da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) e tem sido empregado desde a década de 80 do século XX. Esse fenômeno foi determinante para que pesquisadores e profissionais de saúde ressignificassem o conceito de risco e avançarem nas discussões sobre vulnerabilidade (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012).

Este conceito, muitas vezes, não é compreendido de forma clara, diferente de risco (situação a que se está exposto) e de perigo (evento que pode causar dano), os quais são

prontamente identificados. Vulnerabilidade é percebida como elemento da própria estrutura da pessoa e do ambiente. É interno, constituinte do eu e do lugar, enquanto o risco e o perigo aparecem como externos à pessoa (MARANDOLA JUNIOR; HOGAN, 2006). É dinâmico e pode apresentar sazonalidades, sua avaliação passa pela compreensão dos eventos que causam o dano, da produção social e do contexto geográfico e do cenário como um todo (MARANDOLA JUNIOR; HOGAN, 2006).

No momento em que se adota a vulnerabilidade como marco conceitual torna-se importante a não reprodução da clássica naturalização do processo saúde-doença. Sob a ótica da vulnerabilidade a exposição a agravos de saúde resultam de aspectos individuais e de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte e, simultaneamente, à possibilidade e aos recursos e condições para o seu enfrentamento (AYRES et al., 2003).

O conceito de vulnerabilidade está intrinsicamente ligado aos aspectos de susceptibilidade orgânica, individual, contemplando até mesmo a forma como os programas de saúde são estruturados. Por esse motivo, a vulnerabilidade está articulada em três eixos interligados: o biológico individual, o social e o programático. Por conseguinte, qualquer alteração em qualquer desses eixos acarretará em consequências aos demais (AYRES et al., 2003).

A vulnerabilidade programática está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar determinado problema, sendo avaliada a partir dos seguintes quesitos: compromisso das autoridades com o enfrentamento do problema; ações efetivamente propostas e implantadas por essas autoridades; coalizão interinstitucional e intersetorial para a ação (saúde, educação, bem-estar social, trabalho etc.) planejamento e gerenciamento dessas ações; financiamento adequado e estável dos programas; continuidade dos programas; avaliação e retroalimentação dos programas; sintonia entre programas institucionalizados e aspirações da sociedade; vínculos entre as instituições e a sociedade civil organizada, dentre outros. Em suma, consiste na avaliação dos programas para responder ao controle de enfermidades, além do grau e qualidade de compromisso das instituições, dos recursos, da gerência e do monitoramento dos programas nos diferentes níveis de atenção (AYRES et al., 2003).

No plano pessoal, a vulnerabilidade individual parte do princípio de que todos os indivíduos são susceptíveis a agravos, levando em conta aspectos do modo de vida do indivíduo. Abrange aspectos relacionados a características biológicas, pessoais (idade, raça,

sexo, entre outros), ao desenvolvimento emocional, percepção do risco, bem como atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção. Está associada aos comportamentos que criam a oportunidade do indivíduo de se predispor a algo em diversas situações. Depende, portanto, do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas. Por isso, o grau de consciência que os indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de comportamentos associados à maior vulnerabilidade precisa ser considerado (AYRES et al., 2003).

Na vulnerabilidade social, os indivíduos considerados como vulneráveis sociais podem ser definidos como aqueles que estão situados na linha de pobreza. Ou seja, estão mais expostos a consequências negativas àqueles com baixo nível socioeconômico, baixa escolaridade, baixa remuneração parental ou ausência de um dos pais (AYRES et al., 2003).

Em diversos momentos, no decorrer da vida dos indivíduos, existem diferentes situações de vulnerabilidade, seja individual ou coletiva, cujas situações de agravo ou ameaça à saúde podem ser particularizadas pela identificação de uma ou mais dimensões interligadas. Apesar de serem representadas nas três dimensões, as situações individuais, sociais e programáticas não podem ser analisadas de forma isolada, por acontecerem mutuamente e singularizadas com base nas seguintes questões de ordem prática: vulnerabilidade de quem, vulnerabilidade a quê, vulnerabilidade em que circunstâncias ou condições (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Em associação aos apontamentos de Souza, Mello e Ayres (2013), considera-se que as gestantes com uso e abuso de álcool e outras drogas formam um grupo de indivíduos vulneráveis, pois carregam aspectos biopsicossociais que interferem diretamente em suas liberdades individuais. As vulnerabilidades individuais e sociais, características deste grupo, foram abordadas no primeiro capítulo, considerando-se o contexto em que ocorre o uso e abuso de álcool e outras drogas. Já, sua vulnerabilidade programática ocorre quando indica a necessidade de Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, pela “insuficiência/ausência histórica de políticas que promovam a promoção e proteção social, de saúde e tratamento das pessoas que usam, abusam ou são dependentes de álcool são determinantes para o aumento de suas vulnerabilidades” (BRASIL, 2003, p.26).

Sobre a identificação de diferentes situações de vulnerabilidade em decorrência de fenômenos diversos, com causas e consequências distintas, obtém-se uma visão mais abrangente das condições de vida e dos riscos sociais que atingem os vários segmentos

populacionais. Tal conhecimento possibilita a identificação de instrumentos de superação ou minimização, o que pode retratar os recursos acumulados ou ausentes, que envolvem os indivíduos, famílias e comunidades em simultâneo às oportunidades acessíveis (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

O conceito de vulnerabilidade pode ser empregado para compreender a situação de saúde de mulheres, uma vez que envolve questões de gênero, de ordem social, individual e programática (AYRES et al., 2003). Neste entendimento, será empregado buscando-se identificar as vulnerabilidades vivenciadas por mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas, avaliando-se os três componentes interligados: o individual, referente a questões pessoais, ao comportamento frente aos agravos e às práticas de saúde adotadas pelas mulheres; o social relacionado à estrutura da sociedade e do contexto em que essa gestante está inserida; e, o programático ou institucional, associado à capacidade de resposta das instituições públicas às necessidades das mulheres.

1.5 Políticas públicas de saúde em situações de uso de álcool e outras drogas

As políticas públicas caracterizam-se como missão específica à medida que buscam solucionar fenômenos diferentes, por exemplo: política da educação de um país ou política de proteção ambiental. A elaboração de uma política pública envolve vários aspectos, dentre eles, a identificação de um problema, para a partir desse momento, apresentar-se alternativas viáveis à sua resolução (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Vale destacar que, inicialmente, a identificação do problema do álcool e outras drogas, no Brasil, foi voltada à criminalização mais do que uma questão de saúde pública. Portanto, em um primeiro momento, considerou-se como resolução desse problema, medidas penais aos seus infratores. Em uma perspectiva histórica, as medidas repressivas ao consumo de drogas datam de 1830, quando Câmara Municipal do Rio de Janeiro aplicava penalidades aos negros vadios que fossem pegos fumando maconha. Somente em 1890, através do artigo 159 do Código Penal Republicano, é que se tem expressa a proibição de algumas substâncias tidas como venenosas (FORTES, 2010).

Já em 1924, estabeleceu-se a pena de prisão para aqueles que vendessem ópio, seus derivados e cocaína através da inclusão no Código Penal Brasileiro do Decreto nº 4.294

(ALVES, 2009). Alguns anos mais tarde, em 1938, o Brasil impunha ações para conter comportamentos desviantes e tinha como foco a preocupação com os trabalhadores, por meio do decreto lei da fiscalização de entorpecentes nº 891/38 incorporada posteriormente ao artigo 241 do código penal de 1941 (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

Portanto, como pôde ser observado, as primeiras medidas em torno das drogas (e assim perdurou por bastante tempo) envolviam questões de segurança e não de saúde. Mesmo com a criação do Ministério da Saúde em 1953, em nenhum momento o consumo abusivo de drogas foi alvo de intervenções desse setor. Pelo contrario, desde o princípio o foco era na vigilância sanitária e no controle das epidemias que assolavam o território brasileiro (LIMA; PINTO, 2013).

Somente em 1976, com a Lei nº 6.368 que essa situação começa a mudar. Ela dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica (BRASIL, 1976). O fato de encarar como dependência psíquica fica evidente a forte influência da concepção medicopsiquiátrica, na qual o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais psiquiátricos tornaram-se os locais de assistência a essa clientela (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Convém ainda ressaltar que, a decisão desse tipo de atenção aos consumidores de drogas foi, inicialmente, feita pelo Ministério da Justiça (deixando claro que, mais uma vez, a questão ainda era apontada como segurança pública e não como problema de saúde pública). Entretanto, a nova lei apresentou certo avanço, principalmente por ampliar o leque de ações preventivas para os usuários/dependentes de drogas e não apenas visto como infratores viciados. Assim, abre-se precedentes para criação de centros de referência em tratamento, a pesquisas de prevenção na área de álcool e outras drogas, às comunidades terapêuticas e aos programas de redução de danos voltados para a prevenção da Aids entre usuários de drogas injetável (ALVES, 2009).

O Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), em 2002, ao formular a Política Nacional Antidrogas, instituída pelo Decreto nº 4.345/2002 inicia um verdadeiro combate à problemática das drogas, ao buscar, incessantemente, atingir o ideal de construção de uma sociedade livre do uso de drogas ilícitas e uso indevido de drogas lícitas (BRASIL, 2002). Ainda neste ano é instituída a Lei nº 10.409, que afirma que o tratamento do dependente ou usuário deve ser feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família. Neste momento então, encontra-se a primeira menção do Ministério da Saúde.

Em 2005, a criação da Política Nacional sobre Drogas estabelece os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis para que os esforços, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas, possam ser conduzidos de forma planejada e articulada. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem dessa questão no país (BRASIL, 2004a). Essa política admite, pela primeira vez, a importância de incluir a questão do uso abusivo de drogas como um problema de saúde pública.

Desse modo, atualmente, o debate em relação às drogas vem sendo discutido em torno de discursos científicos que tendem a configurar o problema ora como questão de segurança pública, ora como questão de prevenção. Afinal, o uso e abuso dessas substâncias apresentam problemas relacionados à: dependência decorrente de seu uso, gravidade de seus efeitos, (que ultrapassa o limite do biológico, refletindo na sociedade), severidade dos efeitos produzidos pelo seu uso crônico, e o aumento da prevalência do uso na população mundial (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

O Quadro 1, a seguir, demonstra a evolução histórica das políticas e atos governamentais que definiram a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, e os atos normativos que se originaram a partir desta perspectiva. No Brasil, as políticas públicas de saúde orientam-se, conforme a Constituição Federal de 1988, pelos princípios de universalidade e equidade no acesso às ações e serviços, e pelas diretrizes de descentralização da gestão, de integralidade da atenção e de participação da comunidade, na organização de um Sistema Único de Saúde (SUS) no território nacional (LUCCHESI et al., 2002). Por isso, justifica-se o início da construção deste quadro a partir de 1988.

Quadro 1 - Evolução Histórica da Política Nacional sobre Álcool e Drogas - Rio de Janeiro – 2016 (continua)

Ano	Política	Marco Evolutivo
1988	O Conselho Federal de Entorpecentes (CONFEN) foi transformado no Conselho Nacional Antidrogas (CONAD) e foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), diretamente vinculada à, então, Casa Militar da Presidência da República.	Tinha como objetivo executar políticas governamentais relacionadas à dependência química, ampliar a visão do combate às drogas ilícitas, que antes tinham como foco a redução da demanda e da oferta de drogas, e que passaram a incorporar a perspectiva social relacionada ao uso de drogas.
2002	Decreto Presidencial nº 4.345 de 26 de agosto de 2002 - Política Nacional Antidrogas – PNAD.	Foi a primeira política nacional antidrogas.
	Portaria nº 816/GM, de 30 de abril de 2002.	Instituiu, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas.
2003	Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas	Assume de modo integral e articulado o desafio de prevenir, tratar, reabilitar os usuários de álcool e outras drogas como um problema de saúde pública, entretanto a iniciativa ainda estava vinculada à Coordenação Nacional de DST e AIDS.
2004	Política Nacional sobre Drogas (PNAD)	A Política Nacional sobre Drogas estabeleceu os fundamentos, os objetivos, as diretrizes e as estratégias indispensáveis, voltados para a redução da demanda e da oferta de drogas. Todo esse empenho resultou em amplas e importantes conquistas, refletindo transformações históricas na abordagem da questão no país. O documento foi dividido em cinco capítulos: 1-Prevenção; 2- Tratamento, Recuperação e Reinserção Social; 3- Redução de danos Sociais a Saúde; 4- Redução da Oferta; 5- Estudos, Pesquisas e Avaliações.
2005	Portaria nº 2.197/ 2004	Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, tendo como seus componentes: a atenção básica; os CAPS-AD, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas, a atenção hospitalar de referência; e a rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS.

Quadro 1 - Evolução Histórica da Política Nacional sobre Álcool e Drogas - Rio de Janeiro – 2016 (continuação)

Ano	Política	Marco Evolutivo
2005	Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA)	Política realista, sem qualquer viés fundamentalista ou de banalização do consumo, embasada de forma consistente por dados epidemiológicos, pelos avanços da ciência e pelo respeito ao momento sociopolítico do país. A política sobre o álcool reflete a preocupação da sociedade em relação ao uso cada vez mais precoce dessa substância, assim como o seu impacto negativo na saúde e na segurança.
2006	Lei nº 11.343/2006 - Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD)	Instituiu o SISNAD e prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, em consonância com a atual política sobre drogas. Essa Lei contemplou as Leis 6.368/1976 e 10.409/2002, revogando-as, e reconheceu as diferenças entre a figura do traficante e a do usuário/dependente, os quais passaram a ser tratados de modo diferenciado e a ocupar capítulos diferentes da lei. O Brasil entendeu que usuários e dependentes não devem ser penalizados pela justiça com a privação de liberdade. Dessa forma, a justiça retributiva baseada no castigo é substituída pela justiça restaurativa, cujo objetivo maior é a ressocialização por meio de penas alternativas.
2007	Decreto nº 6.117/ 2007 - Política Nacional sobre o Álcool	Reconheceu a importância da implantação de diferentes medidas articuladas entre si, e numa resposta efetiva ao clamor da sociedade por ações concretas de proteção aos diferentes segmentos sociais que vivem sob maior vulnerabilidade para o uso abusivo de bebidas alcoólicas, veio acompanhada de um elenco de medidas passíveis de implementação pelos órgãos de governo no âmbito de suas competências e outras de articulação com o Poder Legislativo e demais setores da sociedade. Essas medidas são detalhadas no anexo II do Decreto nº 6.117 de 2007.

Quadro 1 - Evolução Histórica da Política Nacional sobre Álcool e Drogas - Rio de Janeiro – 2016 (continuação)

Ano	Política	Marco Evolutivo
2008	Lei nº 11.754/2008	Estabelece que o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD) e a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD) são órgãos vinculados ao Gabinete de Segurança institucional da Presidência da República. Altera o nome da Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas, que passa a ser chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD). A ação do CONAD passa a ser descentralizada por meio de Conselhos Estaduais e de Conselhos Municipais, dando autonomia aos municípios e estados.
	Lei nº 11.705/ 2008 - “Lei Seca”	Foi sancionada por ocasião da realização da X Semana Nacional sobre Drogas, e alterou alguns dispositivos do Código de Trânsito Brasileiro, impondo penalidades mais severas para o condutor que dirigir sob a influência de álcool ou de qualquer outra substância psicoativa que determine dependência. Foram vedados, na faixa de domínio de rodovia federal ou em local próximo à faixa de domínio com acesso direto à rodovia, à venda varejista e o oferecimento de bebidas alcoólicas (teor superior a 0,5 Graus Gay-Lussac) para consumo no local. Essa Lei previu também que os estabelecimentos comerciais que vendem ou oferecem bebidas alcoólicas sejam obrigados a exibir aviso informativo de que é crime dirigir sob a influência de álcool, punível com detenção.
2012	Lei nº 12.760/ 2012 - alteração do Código de Trânsito	Medidas administrativas e as penalidades mais severas, com ampliação da possibilidade de responsabilização penal. Mas a maior inovação foi à possibilidade de enquadrar e punir criminalmente os condutores que se recusarem a fazer o teste com o etilômetro (bafômetro), através da utilização de outros meios que comprovem capacidade psicomotora alterada em decorrência da influência de álcool ou outra substância psicoativa que determine dependência.

Quadro 1 - Evolução Histórica da Política Nacional sobre Álcool e Drogas - Rio de Janeiro – 2016 (conclusão)

Ano	Política	Marco Evolutivo
2015	Nota Técnica Conjunta nº 001 - SAS e SGEF	Instituiu as diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de Crack/ outras drogas e seus filhos recém-nascidos, trazendo para as políticas públicas as questões relativas à vulnerabilidade de gênero.
2016	Decreto nº 8.668, de 11 de fevereiro de 2016.	Determina as competências da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Fonte: BRASIL, 2004b, 2006, 2015a, 2016a.

Observa-se uma separação entre as construções das políticas voltadas para o álcool e para outras drogas. Inicialmente, os usuários de drogas eram vistos como traficantes, sem se admitir o caráter social e biológico que envolvia o consumo dessas substâncias. Já o consumo de álcool, apesar de ser frequente, era socialmente aceito e bem tolerado pelos governantes, não sendo objeto de preocupação do Estado. Talvez, por isso, demorou a ser visto como um “problema de saúde pública”, o que poderia ser uma das justificativas para a fragmentação das políticas públicas (SANTANA, 2015).

A inércia do governo brasileiro diante da problemática do consumo de bebidas alcoólicas fez com que sociedades de caráter privado promovessem ações assistenciais para alcoolistas, marcadas por concepções moralistas e higienistas. Chama-se atenção para as seguintes associações: Liga Antialcoólica de São Paulo, Liga Paulista de Profilaxia Moral e Sanitária, Liga Brasileira de Higiene Mental e a União Brasileira Pró-Temperança, que promoviam a educação antialcoólica e as primeiras medidas assistenciais (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

Meados da década de 90, no Brasil, as questões voltadas à saúde foram marcadas pela atuação dos movimentos da Reforma Sanitária, da luta contra a AIDS e da Luta Antimanicomial (BRASIL, 2005b). Especialmente, a Reforma Sanitária foi um movimento pela reformulação do sistema nacional de saúde, ampliando o acesso da população à assistência em saúde. Acreditava-se que o aperfeiçoamento técnico e o gerenciamento competente de recursos médicos pela gestão pública resolveriam o problema da má assistência em saúde, inclusive (mas não apenas) no setor psiquiátrico (TENÓRIO, 2002).

A partir desse momento, em 2001, o movimento da Reforma Psiquiátrica, por meio da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, produziu uma série de ações na assistência em saúde mental. Entre eles, destaca-se: abertura de um grande número de serviços públicos de base comunitária; redução drástica do número de leitos psiquiátricos e maior atenção aos direitos dos pacientes. Além disso, projetos de reinserção social através da produção de cultura e geração de renda visam, entre outros aspectos, a redução do estigma que sofrem os portadores de transtornos mentais (GAMA, 2012).

Assim, através da Reforma Psiquiátrica os princípios e diretrizes do SUS se reafirmaram garantindo serviços de saúde mental às pessoas com transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras substâncias psicoativas. Ela representa o processo de substituição dos manicômios (que se mostrou ineficiente, cronificante e desumano) por outras práticas terapêuticas e isto culminou em discussão não só entre os profissionais, mas em toda a sociedade. Afinal, a assistência psiquiátrica existente, pautava-se no asilamento e a hospitalização do doente, gerando um processo de exclusão perante a sociedade, com fins de atender a segurança da ordem e moral pública (DELGADO; CORDEIRO, 2011).

Tanto a Reforma Sanitária quanto a Reforma Psiquiátrica reivindicavam o acesso universal igualitário à saúde a todos os cidadãos brasileiros. Contudo, foi a Reforma Sanitária que serviu como alicerce para a concretização das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, no âmbito da saúde mental (PACHECO, 2013).

Em 2002, o Ministério da Saúde publicou “A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a usuários de álcool e outras drogas”. Essa política visava proporcionar atenção integral, acesso facilitado aos serviços, participação do usuário no tratamento e a criação de serviços de atenção diária como alternativa ao hospital psiquiátrico - os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) e os Centros de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) (BRASIL, 2004a).

A abertura dos CAPSad é de suma importância na nova proposta de modelo de atenção à saúde mental brasileira, mudando o cenário do atendimento a pacientes dependentes do álcool e outras drogas, antes atendidos principalmente em hospitais psiquiátricos. Portanto, estes centros são dispositivos assistenciais de comprovada resolutividade, podendo abrigar em seus projetos terapêuticos práticas de cuidados que contemplem a flexibilidade e abrangência possíveis e necessárias a esta atenção específica, dentro de uma perspectiva estratégica de redução de danos sociais e à saúde (BRASIL, 2003).

Os CAPSad foram regulamentados pela Portaria GM / 336 de 19 de fevereiro de 2002. Mediante a consideração da multiplicidade de níveis de organização das redes assistenciais localizadas nos Estados e Distrito Federal, da diversidade das características populacionais existentes no país, e da variação da incidência de transtornos causados pelo uso abusivo e/ou dependência de álcool e outras drogas, o Ministério da Saúde propôs a criação de 250 Centros de Atenção Psicossocial – CAPSad (BRASIL, 2003).

Seguindo essa nova proposta de redefinição da atenção à saúde mental, o Ministério da Saúde, no âmbito do SUS, instituiu o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas, via Portaria GM / 816 de 30 de abril de 2002. Este programa visa o fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social (BRASIL, 2003).

O hiato de 14 anos existente entre 1988, momento em que foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas, a 2002, com a criação da Política Nacional Antidrogas no governo do então presidente Fernando Henrique Cardoso, demonstra que apesar da redemocratização do país, ainda permeava a política repressiva conservadora. Os indivíduos que usam ou abusam de substâncias psicoativas são considerados, nessa perspectiva, como populações flutuantes, não-socializadas, cortadas de seus vínculos e que ameaçam a ordem social (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008, p. 273).

Portanto, esta visão reducionista permeou as políticas públicas relacionadas ao uso e abuso de drogas, cuja evolução foi marcada pelo ano de 2004, momento em que se iniciou o processo de realinhamento e atualização, por meio da realização de um Seminário Internacional de Políticas Públicas sobre Drogas, além de seis fóruns regionais e um fórum nacional. Com ampla participação popular, embasados em dados epidemiológicos atualizados e cientificamente fundamentados, a política foi realinhada. Como resultado, o prefixo “anti” da Política Nacional Antidrogas foi substituído pelo termo “sobre”, acompanhando as tendências internacionais, o posicionamento do governo e a nova demanda popular.

Seguindo este movimento, em 2005, uma avaliação do Conselho Nacional Antidrogas identificou diversos problemas diretamente relacionados ao consumo prejudicial de álcool, dando origem à Câmara Especial de Políticas Públicas sobre o Álcool (CEPPA). Tinha como objetivo ampliar o espaço de participação social para a discussão de tão importante tema. A Câmara foi composta por diferentes órgãos governamentais, especialistas, legisladores e representantes da sociedade civil, iniciando suas atividades a partir dos resultados do Grupo Técnico Interministerial criado no Ministério da Saúde, em 2003 (BRASIL, [2016a]).

Em 2006, a aprovação da Lei nº 11.343/2006 colocou o Brasil em destaque no cenário internacional, e suplantou a obsoleta legislação sobre Drogas, de trinta anos atrás, que se mostrava em desacordo com os avanços científicos na área e com as transformações sociais. Um ano após, o Decreto 6.117/2007, cria a Política Nacional sobre o Álcool, que tinha como objetivo geral estabelecer princípios que orientassem a elaboração de estratégias para o enfrentamento coletivo dos problemas relacionados ao consumo de álcool, contemplando a intersectorialidade e a integralidade de ações para a redução dos danos sociais, à saúde e à vida, causados pelo consumo dessa substância, bem como das situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas (BRASIL, 2016b).

Merecem destaque, dentre essas medidas estratégicas para minimizar os impactos adversos decorrentes do uso de bebidas alcoólicas, as ações ligadas à associação álcool e trânsito, tendo em vista que os problemas relacionados ao consumo excessivo de bebidas alcoólicas não atingem apenas populações vulneráveis, mas se associam diretamente aos índices de morbidade e mortalidade da população geral. Por essa razão, tornou-se urgente desenvolver medidas que coíbam o ato de “beber e dirigir”, culminando com a Lei 11.705/2008, conhecida como “Lei Seca” (BRASIL, [2016a]).

Como forma de melhorar o acesso da população à rede de saúde pública, o Ministério da Saúde lançou, em 2011, o Programa de Avaliação para a Qualificação do SUS, que possui como objetivo principal avaliar os resultados da nova política de saúde, em todas as suas dimensões, com destaque para o componente da Atenção Básica. Visa garantir a transparência dos processos de gestão do SUS e dar visibilidade aos resultados alcançados, além de fortalecer o controle social e o foco do sistema de saúde nos usuários (BRASIL, 2011).

Toda essa reflexão busca compreender como a política de enfrentamento às drogas, no Brasil, traz no cerne de suas proposições, uma luta entre a lógica de segurança pública e a saúde pública. Como espaços contraditórios, as políticas refletem uma arena em que comparecem múltiplos interesses, como se vê na perspectiva da Política Pública Sobre Drogas (defendida e implementada pela SENAD) e na Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Drogas (defendida e implementada pelo Ministério da Saúde). É nesse contexto que se apresentam os avanços, pois na perspectiva da saúde, onde o foco está na manutenção, tratamento e reabilitação da saúde do indivíduo, é importante buscar soluções para o enfrentamento das consequências do uso e abuso de álcool e drogas na população assistida, que em sua maioria possuem as mesmas necessidades de cuidado (BRASIL, [2016a]).

Apesar dos avanços, as políticas que de fato beneficiam o cidadão ainda sofrem com momentos conflitantes de interesse, valores e ideologias, e este universo torna-se ainda mais devastador ao se pensar na mulher, gestante, que faz uso e abuso de álcool e outras drogas, e que além de lidar com todas as dificuldades que permeiam o processo de gestação, em condições sociais desfavoráveis, ainda sofre com a fragilidade da legislação e do papel do Estado como protetor de direitos e valores. Assim, o foco do Estado continua voltado para a segurança e saúde pública (GARCIA; LEAL; ABREU, 2008).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

De acordo com o preconizado por Daniel Bertaux (2010) e a partir das narrativas de vida das participantes, definiu-se como suporte teórico para análise neste estudo, o referencial teórico voltado às mudanças oriundas de uma experiência transicional, proposta por Afaf Ibrahim Meleis.

2.1 Teoria da Transição

Afaf Ibrahim Meleis, nasceu no Egito, graduou-se em Enfermagem em 1961 na Universidade da Alexandria, tendo recebido menção *Magna Cum Laude* (traduzindo: Com Grandes Honras, indicando o nível de distinção acadêmica com o qual cursou a faculdade). Obteve o título de Mestre em Enfermagem em 1964, e dois anos depois, formou-se em Sociologia. Em 1968, concluiu o Doutorado em Psicologia Médica e Social pela Universidade da Califórnia. Seus estudos sempre objetivaram estimular profissionais de Enfermagem a alcançar um nível de pensamento teórico para que a população pudesse receber um cuidado embasado no conhecimento teórico-científico (MELEIS, 2007).

Os estudos de Afaf Meleis abrangem projetos internacionais de pesquisa e ação social (cuidado de saúde internacional), saúde da mulher imigrante, conhecimento e desenvolvimento teórico da disciplina Enfermagem. Seu interesse em estudar a população imigrante e sua saúde a levou a questionar a transição como um conceito. Nesse percurso, ela conhece Norma Chick e com ela desenvolveu a transição como um conceito para a enfermagem. Com Karen Schumacher, Afaf Meleis realizou uma revisão de literatura extensa para saber como a transição estava sendo utilizada como quadro conceitual na produção científica de enfermagem.

Como resultado dessas pesquisas, Chick e Meleis (1986) entendem que transição é uma passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para outro. Consideram que a transição tem uma característica essencialmente positiva, pois quando o indivíduo passa pelo evento, ele alcança uma maior maturidade e estabilidade ao que passou, isto é, a transição implica a adaptação e integração do novo estágio de vida. Esta definição

engloba tanto o processo como, também, a interação entre o indivíduo e o ambiente. Desse modo, compreende-se que a transição causa mudança na saúde, nos papéis, nos relacionamentos, nos comportamentos, nas expectativas e habilidades.

É importante ressaltar que Meleis (2010) descreve cinco sentidos ou significados variáveis para a palavra transição: a) passagem (ato de passar de um estado para outro). Mudar uma coisa para outra; b) conversão, transformação, alteração, troca; c) acontecimento, ocorrência, mudança; d) modulação (mudança de tom); e) conecta ao que se segue, extraindo características em comum.

Transição não é um evento, mas sim a reorganização/retransformação interna e uma remodelação pessoal pela qual os indivíduos passam a fim de incorporar a mudança em sua vida. As pessoas podem passar por mais de uma transição ao mesmo tempo. Portanto, é importante que elas estejam cientes das mudanças que estão acontecendo para envolver-se com elas (MELEIS, 2010).

Assim, tem-se a Teoria da Transição, classificada como médio porte, cujo modelo é focado nos processos transacionais a que o ser humano está sujeito durante todo o seu ciclo vital. Essa classificação refere-se ao nível de abstração e pode ser dividida da seguinte forma:

- a) **Teorias de Grande Porte:** descreve a missão e os objetivos do cuidado de enfermagem, são construídas a partir de observações e resultados de pesquisas, entre outros aspectos. Não podem ser testadas na sua totalidade, mas sim suas proposições;
- b) **Teorias de Médio Porte:** são menos abstratas, estão direcionadas para um fenômeno ou conceito mais específico. Representam uma variedade de situações de cuidado, podendo ser testadas na pesquisa e na prática. São exemplos: conforto, suporte social, qualidade de vida, insegurança, incontinência, sintomas desagradáveis, entre outros;
- c) **Teorias de Situação-Específica:** na Enfermagem também são denominadas de teorias práticas. Possuem como objetivo desenvolver uma estrutura ou orientação para se compreender a situação particular de um grupo de clientes, por isso elas se restringem a uma população específica, a uma área ou campo de atuação específico.

Além dessa classificação, Meleis (2010) também define os seguintes pressupostos da teoria: as transições são complexas e multidimensionais com padrões de multiplicidade e complexidade; caracterizam-se pelo fluxo e movimento ao longo do tempo; podem causar

mudanças nas identidades, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento; envolvem mudanças nos padrões fundamentais da vida, manifestados em todos os indivíduos; as relações dos clientes (principalmente) são influenciadas pela natureza e vivência de sua experiência de transição; a vulnerabilidade dos indivíduos tem relação com suas experiências de transição; as enfermeiras são as principais cuidadoras dos clientes e seus familiares ao passarem por uma transição (MELEIS, 2009).

Além de considerar as principais cuidadoras, Chick e Meleis (1986) afirmam que as enfermeiras são, frequentemente, as primeiras prestadoras de cuidados dos clientes e das famílias que se encontram num processo de transição situacional. Afinal, os encontros entre a enfermeira e o cliente ocorrem, maioritariamente, durante períodos de transição e de grande instabilidade.

Vale destacar que uma transição pode ser saudável ou não. Ela se revela saudável na medida em que auxilia a enfermeira a perceber se todo o trabalho desenvolvido com o cliente foi bem-sucedido e/ou se este foi capaz de lidar com as mudanças na sua vida de forma positiva. Neste momento, a enfermeira pode descobrir fatores que condicionem o sucesso da transição e que a obriguem traçar novos objetivos a fim de assegurar que o indivíduo consiga cumprir a transição de forma eficaz (MELEIS et al., 2000).

Meleis (2010) também definiu fundamentos importantes da Teoria de Transição: padrões de resposta; padrões de transição; propriedades de experiências de transição; condições de transição e tipos de transições:

- a) **padrões de resposta:** se subdivide nos indicadores de processo e nos indicadores de resultado. Os indicadores de processo permitem avaliar se o cliente se move na direção da saúde ou na direção da vulnerabilidade e risco ao avaliar se o indivíduo se sente envolvido;
- b) **padrões de transição:** podem ser simples/múltiplos, sequenciais/simultâneos, relacionados/não relacionados;
- c) **propriedades de experiências de transição:** são propriedades essenciais para experiências de transição: conscientização, envolvimento, mudança e diferença, período de tempo, pontos e eventos críticos:
 - Conscientização: é uma característica definidora da transição relacionada à percepção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. Para estar em transição, a pessoa deve ter alguma consciência das mudanças que estão ocorrendo. Da mesma

forma que, a ausência de consciência da mudança pode significar que o indivíduo pode não ter iniciado a experiência de transição,

- Envolvimento: é definido como o grau em que uma pessoa demonstra envolvimento nos processos inerentes da transição. Podem ser exemplos desse envolvimento quando o indivíduo busca informações e se prepara, ativamente, para modificar suas atividades de maneira proativa. O nível de conscientização influencia o grau de envolvimento, no sentido de que não pode haver envolvimento sem conscientização,
 - Mudança e Diferença: apesar de semelhantes, não são sinônimos de transição. Todas as transições envolvem mudança, ao passo que nem toda mudança está relacionada a uma transição. Para compreender todo o processo de uma transição, é necessário entender os efeitos e significados das mudanças envolvidas,
 - Período de tempo: todas as transições caracterizam-se por fluxo e movimento ao longo do tempo. Pode ser difícil ou até mesmo impossível colocar limites no período de tempo para certas experiências de transição,
 - Pontos e Eventos Críticos: as transições podem ou não estar relacionadas a um determinado evento identificável. Como por exemplo: o nascimento, a morte, o diagnóstico de uma doença. Os pontos críticos foram associados à conscientização do indivíduo sobre a mudança ou diferença ou um envolvimento mais ativo ao lidar com a experiência de transição;
- d) **condições de transição**: são condições que favorecem e/ou inibem o processo transicional, influenciadas por dois fatores: os pessoais, onde se incluem o significado pessoal, crenças e atitudes, status socioeconômico, conhecimento e capacidades, e os fatores sociais que são os recursos da comunidade e a sociedade;
- e) **tipos de transição**: são resultados de um estudo realizado por Chick e Meleis em 1986, que objetivou averiguar, na literatura de Enfermagem, artigos relacionados à transição, resultando na organização de quatro tipos de transição: desenvolvimental, saúde-doença, organizacional e situacional (MELEIS, 2010; SHUMACKER; MELEIS, 2010). São elas:

- Desenvolvimental: abordam estágios do ciclo de vida que se focaram, em sua maioria, no indivíduo. Ou seja, são relacionadas às respostas dos indivíduos quando vivenciavam as mudanças em suas vidas, tais como tornar-se mãe ou pai,
- Saúde-doença: diz respeito às respostas dos indivíduos e suas famílias nos contextos de doença. Uma grande preocupação é o custo-benefício durante a transição das pessoas entre os tipos de serviços de saúde, tais como da internação para o cuidado ambulatorial,
- Organizacional: ocorre nas organizações e interfere na vida dos trabalhadores e de seus clientes como mudanças no ambiente social, político, econômico ou por mudanças na estrutura ou dinâmica organizacional,
- Situacional: causada por um acontecimento ou fato na vida do indivíduo ou de seus familiares, de maneira planejada ou não. Exemplos: o momento de uma admissão ou alta hospitalar e, as transições ocorridas durante períodos de programas educacionais.

Assim, como pôde ser observado, as transições são complexas e multidimensionais, com padrões de multiplicidade e complexidade, são capazes de causarem mudanças em vários aspectos da vida dos indivíduos, seu cotidiano, o meio em que vive e até as interações desses indivíduos (MELEIS, 2010).

Shumacker e Meleis (2010) afirmam que o significado da transição é uma percepção subjetiva e essencial, de cada indivíduo, para a compreensão do processo. Esse significado pode ser positivo, neutro ou negativo, e resulta de uma transição desejada, planejada ou não. As expectativas em relação à transição dependem de experiências vivenciadas, anteriormente, que podem interferir ou não nessa vivência. O processo todo pode ser bastante moroso, desde a ocorrência do evento crítico até à estabilidade. O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da sua influência na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos.

3 ABORDAGEM METODOLÓGICA

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo descritivo das questões que envolvem mulheres que fizeram uso de álcool e outras drogas durante a gestação, parto e puerpério. A abordagem qualitativa pretende estudar as relações e as representações voltadas para as crenças, percepções e opiniões, para assim haver o produto da interpretação do modo como os indivíduos vivem, sentem, pensam, constroem artefatos significativos para si mesmo. Portanto, esta abordagem permitiu o conhecimento da realidade social, uma vez que o indivíduo estava situado em seu próprio mundo, partindo de sua própria experiência e vivência (MINAYO, 2010).

Utilizou-se o método de “Narrativa de Vida” de Daniel Bertaux que resulta de uma forma particular de entrevista denominada “entrevista narrativa”, na qual o pesquisador pede a uma pessoa que lhe conte toda ou uma parte de sua experiência vivida (BERTAUX, 2010).

Este método originou-se da área das ciências sociais e vem sendo empregado em outras áreas como a Educação e Enfermagem. Especialmente nesta, realizou-se um estado da arte sobre estudos que utilizaram esse método, utilizando como recorte temporal os últimos 10 anos (2017- 2007) e foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine* (MEDLINE) e a *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Encontraram-se 40 teses de doutorado, 26 dissertações e 606 artigos científicos. Desses, 410 são da base de dados LILACS (40 teses, 26 dissertações e 344 artigos), 258 artigos da MEDLINE e apenas quatro artigos na SCIELO.

Logo após, realizou-se a leitura dos resumos para que se confirmasse a utilização do método, segundo proposto por Daniel Bertaux. Desse modo, do total de 672 estudos, 595 não possuíam aproximação aos critérios do método estabelecidos por Bertaux. Restaram, então, 77 estudos: doze dissertações de mestrado, dez teses de doutorado, 37 artigos na base de dados LILACS, 14 artigos na MEDLINE e quatro artigos no SCIELO.

Também no período dos últimos 10 anos pesquisou-se as Dissertações e Teses disponíveis nas bases de dados da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). A base de dados denominada MINERVA pertencente à UFRJ possui seis dissertações e nove teses, enquanto que a Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da UERJ registra quatro dissertações.

No presente estudo, utilizou-se as narrativas de vida de mulheres usuárias de álcool e outras drogas na gestação, parto e puerpério, na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde.

A Narrativa de Vida foi utilizada como método de exploração e análise de fenômenos e processos coletivos particularmente através dos trabalhos de Daniel Bertaux, na década de 70, onde a visão etnossociológica passou a ser considerada nas narrativas de práticas sociais (AZEVEDO, 2005). Assim, a pesquisa etnossociológica considera a coexistência de mundos sociais, dentro de uma mesma sociedade, onde cada uma desenvolve sua cultura particular e esta experiência vivida é o que se tornará o foco do estudo. Vislumbra compreender aspectos particulares da realidade social-histórica, ou objeto social, identificando seu funcionamento, a configuração das relações sociais existentes, os processos e as lógicas de ação que o diferenciam (BERTAUX, 2010).

As pesquisas etnossociais apresentam três eixos distintos: a análise dos mundos sociais centrados na atividade profissional, a compreensão do fenômeno envolvendo categorias de situação, e as trajetórias sociais. No caso do presente estudo, o mesmo enquadrou-se na segunda categoria, pois se preocupou com as características individuais das participantes, na perspectiva da compreensão do universo particular de um grupo de pessoas, no caso, as mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas. Objetivou-se compreender suas narrativas acerca das percepções do cuidado que receberam da enfermagem.

Assim, o método, permitiu que as participantes da pesquisa contassem livremente sua experiência vivida, sem que a pesquisadora se preocupasse com o registro cronológico e a comprovação dos fatos. Da narrativa emergiram as trajetórias pessoais, no âmbito das relações humanas, de forma a permitir a descrição do universo social desconhecido, transformando um olhar autobiográfico, em etnográfico (ARANTES, 2014).

Seguiu, portanto, um tipo de pesquisa empírica sustentada na pesquisa de campo e nos estudos de caso, que preconizou a diversidade das participantes da pesquisa, com o objetivo de realizar uma triangulação das diversas narrativas de vida, para assim, elencar o que tem de geral em cada caso particular e não generalizar para o mundo social, aquilo que é próprio a apenas um tipo de realidade. Desta maneira, foi possível compreender um determinado grupo social a partir de diversos grupos sociais que compõem a sociedade (BERTAUX, 2010).

3.2 Cenário e participantes do estudo

Visando atender a diversidade dos locais e realidades vividas pelas mulheres, participantes do estudo, foi definido como cenário da pesquisa a Área programática 3.1 do município do Rio de Janeiro.

Esta área se caracteriza com os piores indicadores socioeconômicos do município. Reúne números em maior elevação de grupos ligados ao narcotráfico, população de baixa renda, escolaridade e elevada proporção de população da comunidade carente. Destaca-se o grande número de óbitos por causas externas, tais como acidentes de trânsito com veículos a motor, homicídios e lesões por arma de fogo de origem ignorada, e ainda um alto índice de óbitos entre adolescentes (INSTITUTO PEREIRA PASSOS, 2016).

Como esperado, houve grande dificuldade de acesso a estas participantes. No princípio a ideia era utilizar a técnica de coleta de dados *Snowball*, também, conhecida como *Snowball Samplin* (Bola de Neve). Esta é uma forma de amostragem não probabilística, que utiliza cadeias de referência, onde não é possível determinar a probabilidade de seleção de cada participante na pesquisa, mas é útil para estudar grupos difíceis de serem acessados (VINUTO, 2014).

Apesar de ter a intenção de utilizar esta técnica, isto não foi possível devido ao momento de tensão e ocupação pelo Exército nas áreas de moradia ou assistência a estas mulheres, no cenário de pesquisa. A coleta de dados foi comprometida pela situação de violência no estado do Rio de Janeiro, que se agravou com a conjuntura política e socioeconômica do país.

Neste contexto, a presente pesquisa ficou restrita a três centros de saúde da referida área programática: o Centro Municipal de Saúde Vila do João, a Clínica da Família Zilda Arns, e o CAPSad Mírian Makeba.

O Centro Municipal de Saúde Vila do João localiza-se no Complexo da Maré e é composto por sete equipes da Estratégia de Família, que cobrem as comunidades da Vila do João e Maré. Atendem, a aproximadamente, 28 mil moradores, funcionando todos os dias da semana, de 07h às 18h e aos sábados, de 8h às 12h. É composta por sete equipes, sendo elas: Equipe Nova Era, Equipe Solidaria, Pata Choca, Conjunto Esperança, Renascer, Josué de Castro, Tio Mario. Este foi o primeiro cenário de pesquisa.

Já na chegada a unidade, uma realidade particular, característica das comunidades do Rio de Janeiro, foi apresentada. Homens armados na entrada da Vila do João olhavam para dentro do veículo que por precaução já se encontrava com os vidros totalmente abertos. Metralhadoras, fuzis e olhos bem atentos eram direcionados a nós. O sentimento de insegurança e receio pela própria vida era algo simbólico, que iria para sempre marcar a minha vida.

Ao chegar à Clínica da Família fui recebida pelo Gerente de Enfermagem, que me apresentou toda a unidade. De imediato agendou uma reunião com as equipes de ESF, no intuito de sensibilizarmos os profissionais e identificarmos as mulheres que atendiam ao critério de inclusão da pesquisa. Inicialmente, a reunião ocorreu com um médico, sete enfermeiros (um de cada área), seis agentes comunitários de saúde (ACSs), dois residentes de Enfermagem da saúde mental e uma psicóloga que atuavam como Redutores de Danos.

O primeiro percalço apareceu rapidamente, durante a ambientação. Pelo relato das equipes de ESF, essas mulheres tinham uma baixa adesão ao acompanhamento da CF. Portanto, seria necessário que as equipes analisassem individualmente cada caso, para posteriormente me contatarem.

Na semana seguinte, fui convidada a retornar na unidade, já com o diagnóstico feito pelas equipes. Somente duas das sete equipes tinham mulheres com possibilidades de serem entrevistadas. Entretanto, conforme relato prévio dos profissionais, essas mulheres não aderiam aos chamados da CF e seria necessário fazer uma busca ativa. Para tanto, eu deveria ser acompanhada pelos ACSs e/ou Redutores de Danos, pois foi identificado pela equipe de enfermagem que estas mulheres eram muito vinculadas a estes profissionais e atendiam aos seus chamados.

Seguiram-se os dias de visita às residências das mulheres, e sem dúvida alguma, a presença dos ACS e/ou Redutores de Danos fez absoluta diferença para que aceitassem participar da pesquisa. Adentrar em suas residências foi complexo, difícil, pois estaria sujeita às regras de seus moradores, a família, ou quem quer que estivesse próximo naquele momento. Portanto, estaria sujeita a exposição de armas, consumo de drogas, ou qualquer outra situação que permeasse a vida dessas mulheres.

Ao longo da coleta de dados percebi que essas mulheres carregavam um tipo de “voto de silêncio”, que estabelecia o que poderia ser dito ou não. Assim, estando inserida em seu espaço, estava limitada às suas possibilidades de conduta e narrativas, uma vez que determinados assuntos não eram permitidos naquele ambiente. Uma das participantes foi

ouvida na rua, por resistência de sua mãe, que “não desejava” que adentrássemos sua residência. Tal fato, apesar de não ser dito, ficou claro na sua condução, visto que mesmo avisando sua mãe antecipadamente, a mulher aguardou a entrevistadora na rua de sua casa, sem nos convidar a entrar. Nesta mesma entrevista, o pai, que também era usuário de drogas, intimidava a participante, e pessoas conhecidas passavam e olhavam fixamente para a mulher.

A falta de um espaço adequado foi um percalço a ser transposto ao longo das entrevistas. Houve um caso em que a entrevista foi realizada em pé, em uma viela que dava acesso a casa onde ela residia com algumas pessoas. O ambiente não tinha condições adequadas de saneamento, higiene, ou o mínimo de conforto. Esta pesquisa também me possibilitou conhecer um cenário de uso, onde fui acompanhada pelos Redutores de Danos. Posso dizer que aquele momento foi o que mais me arrebatou emocionalmente, mas que foi de muito aprendizado. Encontramos essas mulheres em uma situação de extrema vulnerabilidade, sem vigor, e total falta de consciência da realidade, não sendo possível nem me aproximar. Apesar de estar distanciada, foi possível assistir a Redutora de Danos trocar a seringa de uso por uma seringa nova, percebendo-se o vínculo que permeia a relação da mulher com esses profissionais.

O segundo cenário de pesquisa, Clínica da Família Zilda Arns, localizada no Complexo do Alemão, é composto por 11 equipes da estratégia de Saúde da Família, que cobrem as comunidades do Adeus, Viúva, Baiana e Nova Brasília. Abrange, aproximadamente, 40 mil moradores, com funcionamento durante todos os dias da semana, de 08 às 19 horas e aos sábados 08:00h às 12:00h.

Diferente do CMS Vila do João, aonde o acesso era um limitador, na CF Zilda Arns, o acesso era fácil, pois a mesma se encontra em uma das vias principais do bairro, entretanto fui impedida de adentrar no Complexo do Alemão, que fica imediatamente atrás da unidade, pois o mesmo acabara de ser dominado pelas tropas do Exército Brasileiro.

Foram duas visitas, aonde a Gerente de Enfermagem da unidade também agendou com as equipes de ESF para a sensibilização inicial. Diferentemente da CF Vila do João, aqui as equipes montaram um grupo no aplicativo de telefone móvel chamado *WhatsApp* para que pudessemos trocar informações a respeito das prováveis mulheres que atendiam ao critério de inclusão da pesquisa. Assim, foi agendada uma entrevista na unidade, na mesma data da consulta de pré-natal da gestante que declaradamente fazia uso e abuso de álcool e outras drogas. Infelizmente, ela desmarcou o agendamento no dia anterior à data marcada pois seu companheiro fora assassinado na véspera. Nesta mesma época, fora declarada “guerra” contra

os traficantes do Complexo do Alemão, e a Gerência de Enfermagem sugeriu que fosse interrompida a coleta de entrevistas, uma vez que seria necessária a busca ativa das mulheres dentro da comunidade. Ao mesmo tempo, neste grupo de *WhatsApp*, uma das equipes da ESF identificou uma mulher que se enquadrava na pesquisa, e que estaria sendo encaminhada a uma Casa Abrigo. Estivemos lá, recepcionamos a chegada da mesma, e infelizmente a entrevista não ocorreu, uma vez que dias depois, a prefeitura suspendeu o pagamento do convênio com a Casa Abrigo, encerrando suas atividades.

O terceiro cenário de pesquisa foi o CAPSad Miriam Makeba, que atende a região de Bonsucesso, Ramos e Maré. Foi feito contato com o gerente geral da unidade, que é um psicólogo, e agendada reunião. Para tanto, foram necessárias varias remarcações, devido à incompatibilidade de agenda do gestor da unidade. Por fim, fui a instituição, sendo informada que por questões políticas de possibilidade de encerramento das atividades e falta de repasse de verbas, não seria possível realizar a pesquisa.

Assim, após estas tentativas malsucedidas, seja de acesso às demais unidades da área programática 3.1, como a CF Victor Valla e o consultório de rua associado a esta unidade, seja por confrontos armados entre o exército e as facções locais, ou a falta de repasse de verbas municipais, decidimos por interromper a coleta de dados.

3.3 Participantes e realização das entrevistas narrativas

Este estudo teve como participantes quatro mulheres que fizeram uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, parto e/ou puerpério. O critério de inclusão foi o fato de essas mulheres terem feito uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação, parto e/ou puerpério, e o critério de exclusão foi apresentar algum distúrbio mental que impossibilitasse de narrar objetivamente sua vida.

Entrei em contato prévio com a direção da área programática 3.1, de forma a apresentar os objetivos da pesquisa através do contato telefônico e/ou e-mail institucional (APÊNDICE A), solicitando colaboração. Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do município do Rio de Janeiro, foram encaminhadas as Cartas de Apresentação da Pesquisa (APÊNDICE B) às direções locais das unidades de saúde selecionadas, de forma a possibilitar a identificação prévia das participantes do estudo. Foi agendada a data e hora para a

ambientação aos cenários de pesquisa, entretanto apesar de ter entrado em contato com as três unidades que compreendem o cenário de pesquisa autorizado, somente, duas permitiram acesso às equipes: Clínica da Família Zilda Arns e Centro Municipal de Saúde Vila do João.

As entrevistas foram gravadas, após a autorização das mulheres (APÊNDICES C e D), em mídia de áudio por meio de um aplicativo de aparelho celular. A narrativa foi livre, onde demonstrei interesse ao que estava sendo narrado, sem interromper a mulher desnecessariamente. Esta escuta atenta não se restringiu apenas aos fatos narrados, mas a observação da linguagem corporal, expressões faciais e gestos das participantes, ou seja, a comunicação não verbal (BERTAUX, 2010).

As participantes foram orientadas que poderiam interromper a entrevista a qualquer momento em que a mesma expressasse este desejo.

3.4 Historiograma

O Quadro 2, a seguir, apresenta um breve histórico das narrativas de vida das mulheres participantes deste estudo.

Quadro 2 – Historiograma

Participantes	Breve Histórico
Magda	Usuária de álcool há quatro anos, 22 anos. Relatou ter pressão alta a cada gestação. Referiu sequestro da sua segunda filha. Com relação à visita na maternidade, disse considerá-la boa, mas com informações repetitivas. Considerou excelente sua experiência na maternidade, sem sugestões de modificações/melhorias. Porém, relatou a obrigação de sentar no cavalete e o banho de aspersão. Referiu a importância do parceiro na gravidez e no acompanhamento ao parto.
Natalia	Usuária de drogas e álcool há seis anos, 23 anos, solteira. Relatou a interrupção do uso no sexto mês de gestação, e após, houve percepção do crescimento da barriga. Antes, quando ainda em uso, percebeu que a droga aumentava os movimentos fetais. Com relação à maternidade, considerou excelente sua experiência, sem sugestões de mudanças/melhorias. Diagnóstico da sífilis no nascimento da filha e a mesma ficou internada por 10 dias.
Raissa	Usuária de álcool e outras drogas, 17 anos. Com relação à maternidade, considerou que o toque vaginal foi um incômodo, por ser doloroso e repetitivo. Referiu a importância do parceiro no acompanhamento da gestação e do parto.
Bruna	Usuária de álcool e drogas há sete anos, 19 anos. Não se absteve do uso de cocaína durante a gestação. A primeira filha nasceu prematura. Na segunda gravidez sofreu um aborto. Deu a filha para adoção. Com relação à maternidade, referiu uma excelente experiência sem sugestões de mudanças/melhorias.

Fonte: A autora, 2017.

3.5 Aspectos éticos

Conforme estabelece Bertaux (2010), neste momento foram lidos os objetivos da pesquisa, bem como o Termo de Assentimento (APÊNDICE C), caso a participante fosse menor de dezoito anos, ou do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE D) para as demais mulheres, os quais foram apresentados em duas vias, sendo uma entregue à participante e a seu representante legal (quando necessário), que os assinaram, atendendo aos critérios estabelecidos pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

As narrativas foram tratadas de forma sigilosa e confidencial, isto é, em nenhum momento foi divulgado o nome das participantes em qualquer fase do estudo. Quando foi

necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade foi assegurada uma vez que seu nome foi substituído por nomes fictícios (alguns sugeridos pelas próprias participantes, outros escolhidos por mim). Os dados coletados foram utilizados, somente, nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas, preservando-a identidade das mulheres.

Foi garantida também a participação voluntária, isto é, em qualquer momento a mulher poderia desistir de participar da pesquisa e retirar seu consentimento. Apesar disto, não houve recusa, não havendo prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição onde é atendida. A participação consistiu em responder uma entrevista aberta, sobre os cuidados que recebeu dos profissionais de enfermagem durante sua gestação, parto e nascimento do seu filho.

A pesquisa apresentou riscos mínimos relacionados às lembranças de experiências que poderiam reportar a situações de desconforto e/ou dificuldades vividas. Não foi necessário interromper a entrevista para restabelecimento emocional de nenhuma participante.

As entrevistas foram gravadas por meio digital, através do gravador de um aparelho de telefonia móvel, para posterior transcrição. Ao final da pesquisa, as gravações de áudio e transcrições referentes às entrevistas permanecerão arquivadas em *pen drives* por um período de cinco anos. Após esse tempo, os arquivos serão destruídos e descartados.

3.7 Processo analítico das narrativas

Utilizou-se um instrumento (APÊNDICE E) para coleta de dados composto de: caracterização e dados sociodemográficos (identificação, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, idade atual); dados obstétricos (número de gestações, abortos e filhos, tipo de parto e realização de pré-natal); situação de moradia. E também uma entrevista aberta com a seguinte questão norteadora: “Fale dos cuidados que você recebeu dos profissionais de enfermagem na gestação, parto e após o parto e nascimento do seu filho”.

Pela perspectiva etnossociológica, todas as entrevistas foram transcritas, na íntegra, imediatamente após sua realização, pois pelo método, esta etapa permite que seja desvendada ao pesquisador uma parte da realidade até então desconhecida, sendo um momento importante para a construção e desconstrução do conhecimento sobre o tema. Todos os vícios e erros da

língua portuguesa foram preservados. Esta transcrição imediata permitiu examinar por inteiro as narrativas, identificando falhas e o ponto de saturação que seria atingido quando os novos participantes passassem a repetir os conteúdos já obtidos nas entrevistas anteriores, sem acrescentar informações de relevância à pesquisa (BERTAUX, 2010).

O primeiro passo da análise foi a construção da caracterização das participantes. Posteriormente, foi realizada a leitura flutuante, a fim de identificar aquelas que se aproximavam por semelhança. Assim, identificou-se os núcleos de sentidos contidos nas narrativas. De acordo com Bertaux (2010), a frequência dos núcleos de sentido consiste de uma pré-análise, os fragmentos da narrativa são lidos no conjunto, de forma a esgotar todo o material, correlacionando-o ao referencial teórico.

Durante a codificação foram identificadas 62 unidades temáticas, cuja recodificação deu origem aos Núcleos de Sentido. Os 14 núcleos de sentido identificados foram destacados por meio de utilização da mesma cor e receberam o mesmo título, conforme Quadro 3, a seguir.

Quadro 3 – Distribuição da frequência das unidades temáticas e dos núcleos de sentido por entrevista - Rio de Janeiro - Janeiro 2018 (continua)

Codificação das Unidades Temáticas (N=62)	Recorrência das Narrativas de Vida nas Entrevistas				Freq.
	1	2	3	4	
INTERVENÇÕES NO PARTO					
Injeção/ medicação				X	1
Soro e toque como cuidado invasivo	X	X	X	X	4
Uso das tecnologias não-invasivas de cuidado de Enfermagem Obstétrica	X				1
ATENDIMENTO RECEBIDO NA MATERNIDADE					
Foi ótimo o atendimento	X	X	X	X	4
ACOMPANHANTE					
Importância do acompanhante no trabalho de parto e parto	X		X		1
Importância do parceiro na gestação	X	X			2
PROBLEMAS DE SAÚDE NA GRAVIDEZ					
Pressão alta	X				1
Sífilis		X			1
TRATAMENTO HOSTIL NA INSTITUIÇÃO					
Tratamento hostil por parte da equipe médica	X			X	2
A maternidade mata	X	X			2
SINAIS FISIOLÓGICOS DA GESTAÇÃO					
Tratamento adequado na maternidade	X	X			2
Visão negativa da instituição hospitalar	X			X	2
Visão negativa dos cuidados pré-natais	X				1
ABORTO					
Aborto pelo uso de drogas				X	1
Tentativa de aborto	X				1
SENTIMENTOS					
Desânimo	X				1
Arrependimento	X				1
Vergonha	X				1
REAÇÕES DO FETO					
Hiperatividade fetal relacionada a droga		X			1
Hipoatividade fetal relacionada ao álcool (não percebe diferença)		X			1
AMAMENTAÇÃO					
Orientação pela enfermeira				X	1
Não sabia dar mamadeira				X	1
Leite secou				X	1
USO E ABUSO DE DROGAS					
Maconha		X		X	2
Loló		X		X	2
Cigarro		X		X	2
Cocaína		X		X	2
USO E ABUSO DE ÁLCOOL					
Cerveja	X	X		X	3
Cachaça		X		X	2
FÉ E RELIGIÃO	X	X			2

Quadro 3 – Distribuição da frequência das unidades temáticas e dos núcleos de sentido por entrevista - Rio de Janeiro - Janeiro 2018 (conclusão)

Codificação das Unidades Temáticas (N=62)	Recorrência das Narrativas de Vida nas Entrevistas				Freq.
	1	2	3	4	
VIOLÊNCIA					
Sequestro do bebê	X				1
Entrega do(s) filho(s) para adoção				X	1
Sinais positivos da interrupção do uso de drogas		X			1
Meios para tentar não usar drogas				X	1

Fonte: A autora, 2018.

A análise ocorreu simultaneamente, na medida em que eu transcrevia as narrativas e descrevia tudo o que observei durante a entrevista: minhas impressões, reflexões, intuições e emoções. Por fim, foram agrupados os assuntos emergentes nas narrativas, por aproximação, que deram origem as categorias, conforme propõe Bertaux (2010). O emprego de análise temática “consiste em reportar em cada relato de vida as passagens concernentes a tal ou qual tema, com o objetivo de comparar depois os conteúdos dessas passagens de um relato a outro” (BERTAUX, 2010, p. 99).

O “momento da análise comparativa” constitui o cerne da pesquisa etnossociológica. É pela confrontação dos dados recolhidos, em diferentes narrativas, que se elaboram os pressupostos iniciais. É pela comparação que hipóteses imaginadas a partir de um pequeno número de casos, se esclarecem e tomam forma sociológica (BERTAUX, 2010).

Assim, foi realizada a síntese em uma categoria sendo ela: Mulheres que usam e abusam de álcool e drogas: Vulnerabilidades e Práticas de cuidados de enfermagem.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO

Neste capítulo, são apresentados os achados das entrevistas realizadas com o método narrativa de vida. O estudo apresenta uma categoria denominada: Mulheres que usam e abusam de álcool e drogas: Vulnerabilidades e Práticas de Cuidados na Enfermagem. Abordam-se as políticas públicas como base para a prática cotidiana da enfermagem com mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas e a vulnerabilidade em que esta mulher está exposta, fundamentado no referencial teórico da Teoria da Transição de Afaf Meleis.

4.1 Mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas: vulnerabilidades e práticas de cuidado na enfermagem

Como análise inicial das narrativas, convém apresentar uma caracterização das participantes, ressaltando-se que foram utilizados códigos de identificação. Esses códigos são nomes fictícios, sugeridos pelas próprias mulheres, ou pela pesquisadora, quando estas mulheres não manifestaram livremente o desejo de utilizarem um codinome, apesar de ser oferecido. A descrição no Quadro 4, a seguir, representa, cronologicamente, a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

Quadro 4 - Caracterização das participantes do estudo - Rio de Janeiro - 2017

Características	Magda	Natalia	Raissa	Bruna
Estado Civil	Solteira	Solteira	Casada	Solteira
Idade atual (anos)	22	23	17	21
Bairro	Maré	Maré	Maré	Maré
Grau de Escolaridade	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Completo	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto
Renda Familiar (R\$)	1400,00	850,00	1400,00	Três bolsas família 85X3 = 255,00
Tempo de uso/ abuso de álcool e drogas	4 anos	6 anos	Não informa	7 anos
Situação de moradia	Própria	Própria	Própria	Própria
Gestação	G:4	G:1	G:1	G:2
Parto	P:4	P:1	P:1	P:1
Aborto	A:0	A:0	A:0	A:1
Tipo de parto	Cesárea	Normal	Cesárea	1- Cesárea 2- Normal
Fez pré-natal?	Sim	Sim	Sim	Sim
Número de consultas de pré-natal	10	5	5	5

Fonte: A autora, 2017.

Observa-se que: três das quatro mulheres eram solteiras, todas jovens (17-23 anos), moradoras de bairros periféricos do município do Rio de Janeiro, em residências próprias, com baixa renda e nível de escolaridade. Normalmente, os fatores que distinguem usuários de álcool e outras drogas estão associados às situações de maior vulnerabilidade, tais como a baixa escolaridade e condição marital, isto é, não ter sido casado (DAYRELL, 2011). O grupo de mulheres analisado é semelhante ao que tem sido descrito na literatura sobre usuários de drogas: jovens, em fase economicamente ativa e reprodutiva, com baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade incompatível para idade (SELEGHIM, 2011).

O tempo de uso de drogas variou de 4 a 7 anos. Como são mulheres jovens, pode-se afirmar que este consumo se iniciou no período da adolescência. Esta fase é, geralmente, marcada por profundas mudanças de ordem física e psíquica, que tornam os adolescentes mais vulneráveis às violências, às doenças sexualmente transmissíveis e a ritos de passagem de iniciação às drogas (SELEGHIM, 2011).

O uso de drogas ilícitas (como maconha, cocaína e crack), assim como o consumo de bebidas alcoólicas e outras drogas na gestação tem sérios agravos à saúde física da mulher e

da criança, aumentando os riscos de abortamento (ROCHA et al., 2016; SIQUEIRA et al., 2011). Entretanto, neste estudo, apenas uma mulher relatou ter sofrido um aborto.

Das quatro mulheres entrevistadas, três foram submetidas à cesariana. Ressalta-se que, as cirurgias foram realizadas em maternidades públicas e, nestas instituições, o cotidiano assistencial prima pela realização do parto natural. Deduz-se que nos três casos ocorreram indicações obstétricas para a realização da intervenção cirúrgica.

Todas as mulheres realizaram acompanhamento pré-natal, porém três delas realizaram um número de consultas em número inferior (cinco consultas) ao que é preconizado pelo Ministério da Saúde (seis consultas) (BRASIL, 2012a). As mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas, normalmente, tem baixa adesão ao pré-natal. Algumas participantes deste estudo iniciaram (ou continuaram) o acompanhamento pré-natal devido à busca ativa de ACS e/ou Redutores de Danos, os quais encaminham e sensibilizam a gestante a comparecer a instituição de saúde para realização das consultas. Ressalta-se esta atividade como uma importante prática de cuidado:

No começo eu não queria fazer mesmo não (refere-se ao pré-natal). Eu fui lá só pra pegar um papel pra poder bater a Ultra, aí a ... (cita o nome da ACS) não quis deixar. Aí, ela e ... (cita o nome de outra ACS) conversaram comigo, me deram conselho, aí eu disse... Tá bom, vou fazer... (Magda)

Comecei a usar maconha, fumar cigarro, beber cachaça, depois eu fui parando aos poucos, depois que eu fui para o posto e as meninas (refere-se às ACSs) começaram a me orientar, a dar conselho, aí eu comecei a ir no pré-natal. (Natalia)

As narrativas evidenciam que há necessidade de a enfermeira compor as equipes que realizam a busca ativa de forma a promover um cuidado individualizado que, de fato, traga benefícios ao binômio mãe-filho, atuando no contexto de vida e hábitos das mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas.

Esta prática de cuidado (busca ativa) é uma importante ferramenta para o sucesso do acompanhamento do pré-natal. Nestes momentos, o profissional identifica as necessidades de saúde das mulheres, percebe o ambiente em que ela está inserida, além de realizar as atividades assistenciais, tais como, curativos, coleta de exames, verificação de sinais vitais, exame físico, entre outros. Também é possível exercitar a escuta ativa e a educação em saúde, proporcionando espaço de atenção, diálogo, intervenção e vínculo (ACIOLI et al., 2014).

Na busca por gestantes faltosas às consultas de pré-natal, a enfermeira tem a oportunidade de reconhecer os problemas relacionados ao uso de álcool e de outras drogas,

bem como em desenvolver ações assistenciais, tendo em vista que, indo ao domicílio, mantém contato mais próximo com os usuários dos serviços de saúde (SOUZA; PINTO, 2012).

Além da busca ativa, ressalta-se outras práticas de cuidado: as atividades educativas e consultas de enfermagem. Muitas vezes, iniciar o acompanhamento pré-natal, para estas mulheres, pode significar seu primeiro contato com as práticas de cuidado da enfermagem. As atividades educativas representam um momento favorável às orientações gerais: promoção da saúde, prevenção e controle de agravos, e autocuidado. Devem ser vistas, pelo profissional, como um momento propício ao fortalecimento do vínculo, escuta atenta, orientação dos conflitos e busca pela resolução dos problemas, como o consumo de álcool e outras drogas durante a gestação (ACIOLI et al., 2014).

Duas (ou mais) práticas de cuidado podem ser aliadas em um único momento. Por exemplo, as atividades educativas podem ser desenvolvidas nas consultas de enfermagem, em palestras e/ou grupos de saúde. Sugere-se que o profissional estruture tais encontros com a utilização de ferramentas não tradicionais de trabalhos em grupo, especialmente desenvolvidas para a abordagem dessa clientela. As atividades educativas oportunizam ainda aos usuários intensificarem as trocas sociais e a inserção no convívio social (SANTOS, I.; SANTOS, R., 2008).

Grupos operativos e rodas de conversa são exemplos de espaços em que as atividades educativas costumam ocupar local de destaque, pois as pessoas podem expressar suas dúvidas e buscar informações sobre diversas questões. Elas podem ser desenvolvidas em qualquer cenário, não necessariamente deve acontecer dentro do espaço físico da UBS, podendo ocupar igrejas, ginásios e escolas, que também são locais interessantes de realização dessa prática de cuidado. O importante é que seja um local de maior adesão da clientela, para que todos tenham oportunidade de conhecer novas abordagens que conduzam a compreensão dos usuários sobre a construção coletiva, valorizando aspectos fundamentais à vida (SANTOS, I.; SANTOS, R., 2008).

As atividades educativas desenvolvidas por enfermeiras foram identificadas nas narrativas por duas mulheres, em momentos distintos do período perinatal: uma durante as consultas de pré-natal, e outra no momento do parto, durante sua internação na maternidade.

eu fui para o posto e as meninas (refere-se à equipe de enfermagem e ACS) começaram a me orientar. (Natalia)

Eu não sabia dar mamar. Ela pegou só um pouquinho de peito e depois não quis pegar mais não. As enfermeiras que me ajudaram. (Bruna)

Nestes fragmentos de narrativas evidencia-se que as práticas de cuidados da enfermagem não estão focadas, apenas, nos sintomas, vinculados ao modelo biomédico de atenção em saúde, mas, perpassam uma visão mais ampla do entendimento do indivíduo. A participante Natalia refere-se a orientação relacionada ao uso de álcool e outras drogas, em especial, durante a gestação. A problemática do uso e abuso de álcool e outras drogas por gestantes requer uma prática voltada para questões de ordem social e familiar, indo além da prescrição de medicamentos e atuação estritamente focada no binômio mãe-filho.

Vale ressaltar que, por meio da prática de cuidado das consultas de pré-natal a enfermeira poderá avaliar a gestação, principalmente, no que concerne aos malefícios ocasionados pelo uso e abuso de álcool e outras drogas. Nesta pesquisa foi possível identificar que algumas mulheres (e/ou até mesmo os seus parceiros) tinham um conhecimento da importância de se realizar essas consultas:

A minha segunda gravidez eu fiquei um pouquinho desanimada, não queria fazer pré-natal também, o pai dela brigando comigo, dizendo que tem que fazer porque é assim que descobre que a criança nasce com doença [...] Ai o pai dela falando, sua mãe morava em Minas, antigamente não tinha isso não, mas aqui hoje em dia tem e você tem que agradecer. E eu falei, mas eu não vou fazer nada não... risos ... Ai eu começava a discutir com ele, e ele dizia vamos, tinha dia que ele faltava o trabalho pra ir comigo, era uma desanimação que eu tinha que não tinha como eu querer ir. O corpo não pedia, só queria saber de dormir. (Magda)

Pensava, em que ponto eu estou chegando, não fazer pré-natal da minha filha, ai eu ficava pensando que muita gente diz que a pessoa que não faz pré natal descobre que seu filho tem algum problema no pré natal. (Magda)

Comecei a usar maconha, fumar cigarro, beber cachaça, depois eu fui parando aos poucos, [...]. Eu comecei a ir (nas consultas de pré-natal) e parei de usar droga. (Natalia)

Observa-se que para estas mulheres o acompanhamento pré-natal está ligado a possibilidade de descoberta de doenças (ou algum problema de saúde) relacionadas ao bebê.

As mães desconhecem as possibilidades de malformação fetal relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, demonstrando que há falhas na política pública de saúde sobre álcool e drogas voltadas para a prevenção. As anomalias ao nascimento ganham expressividade sobre a saúde infantil à medida que as outras causas de morte no primeiro ano de vida diminuem, tendo em vista que as políticas de redução da mortalidade infantil priorizam principalmente as doenças infecciosas e nutricionais (SIEDERSBERGER NETO et al., 2012). Portanto, há de se estimular o avanço e divulgação dos agravos associados a este consumo, de modo a atingir a população mais vulnerável ao uso e abuso dessas substâncias.

Uma política de prevenção, tratamento e educação deve ser construída na interface de programas do Ministério da Saúde com outros Ministérios, bem como com setores da sociedade civil organizada. Na perspectiva de saúde pública, o planejamento de programas deve contemplar grandes parcelas da população, de uma forma que a abstinência não seja a única meta viável e possível aos usuários (BRASIL, 2003).

A abordagem da redução de danos (outra forma de favorecer a diminuição da incidência de malformação fetal em filhos de mães com histórico de consumo de álcool e outras drogas) é considerada pelo MS como referencial para as ações políticas, educativas, terapêuticas e preventivas, em todos os níveis. A política da Redução de Danos compreende um conjunto de práticas, cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em busca do tratamento da dependência química, oferecendo aos alcoolistas e usuários de outras drogas condições menos danosas à saúde, sem necessariamente interferir no consumo. Por definição, redução de danos foca na prevenção aos danos associados ao uso e abuso, ao invés da prevenção do uso de drogas; bem como foca em pessoas que seguem usando drogas. Representa uma política de saúde alternativa às estratégias pautadas na lógica da abstinência, incluindo a diversidade de demandas e ampliando as ofertas em saúde para a população com histórico de consumo de drogas. Ela é a norteadora da política do Ministério da Saúde para Atenção Integral á Usuários de Álcool e outras Drogas e da Política de Saúde Mental (BRASIL, 2004a).

Neste contexto, tratar significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando. Implica no estabelecimento de vínculo com os profissionais, que também passam a ser corresponsáveis pelos caminhos a serem construídos pela vida daquele usuário, pelas muitas vidas que a ele se ligam e pelas que nele se expressam (BRASIL, 2003). O vínculo entre as mulheres e os ACSs e/ou redutores de danos, foi determinante para que estas pudessem sobrepor a resistência em buscar assistência, conforme observado na pesquisa.

As narrativas revelam que o horário das consultas é uma dificuldade para que as mulheres tenham adesão ao pré-natal. As consultas, na maioria das vezes, ocorrem pela manhã, o que é um complicador de acesso, tendo em vista que o consumo comumente ocorre no período noturno, levando a mudanças do ciclo do sono e vigília, como observado nos fragmentos das narrativas a seguir:

eu comecei a usar droga com 16 anos... usava de manhã, de tarde, a noite... já começava de manhã. Eu acordava, tomava um café, e já começava. (Natalia)

Muitas vezes era o sono que chamava a gente, nas grávidas bate muito sono. Pré-natal só marca de manhã, e a melhor parte do sono é de manhã, aí eu falava, não vou não. (Magda)

É comum gestantes referirem dificuldades de acesso ao pré-natal, tanto para o início quanto para a sua continuidade. Têm como principais motivos: normas para agendamento da consulta, falta de vaga na Unidade de Saúde da Família (USF), remarcação frequente das consultas, déficit no acesso para realização da imunização e dos exames de rotina do pré-natal, deficiência na comunicação entre profissionais e clientela e no acesso à informação sobre cuidados de saúde, escassez de atividades educativas (ARAÚJO, 2014).

Dificultar o acesso ao acompanhamento pré-natal pode ser percebido como uma prática invasiva, uma vez que fere um dos princípios fundamentais e constitucionais do SUS, que é a garantia de equidade de atendimento. Uma das hipóteses para essa baixa adesão pelas mulheres ao pré-natal pode estar associada ao horário em que as consultas são oferecidas, sem especificidade a essa clientela, levando em consideração o horário mais comum de consumo. Ou seja, se é sabido que mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas possuem rotinas de vida diferenciadas, há de se pensar em meios para a flexibilização destes horários de atendimento, mesmo quando ocorre a busca ativa dessas mulheres. Tal necessidade pode ser revelada por meio das narrativas deste estudo.

A falta de acolhimento é um dos motivos que faz com que alguns consumidores de drogas não compartilhem da expectativa e desejo de abstinência da droga, levando ao abandono do acompanhamento pelos serviços de saúde. Outros sequer procuram tais serviços (BRASIL, 2003). Especificamente, no caso de gestantes, a divulgação espontânea e consciente do consumo de bebida alcoólica e/ou consumo de drogas durante as consultas de pré-natal ainda não ocorre de maneira satisfatória, uma vez que algumas mulheres se envergonham ou desconhecem os malefícios de seu consumo. Assim, o nível de adesão ao tratamento ou à práticas preventivas de promoção à saúde é baixo, não contribuindo para a inserção social e familiar desta mulher, nem para a prevenção de riscos e agravos ao bebê.

Em consequência às dificuldades supracitadas para a realização das consultas de pré-natal é comum as mulheres faltarem às consultas:

Ah eu não queria fazer pré-natal, eu fiquei dois meses sem fazer nada [...]. Tinha dia que eu dizia, não vou não... Eu dizia pra ele (o marido), se você quiser, você vai, e ele me dizia, não sou eu que estou grávido, (risos), tinha dia que eu não queria ai ele ficava bolado comigo. (Magda)

Eu comecei a faltar no começo da gestação, mas depois dos quatro meses eu não faltei mais nenhuma consulta. Eu comecei a ir, parei de usar droga. (Natalia)

Gestantes com histórico de uso e abuso de álcool e outras drogas costumam não ser assíduas ao pré-natal (FREIRE; SILVA; ALMEIDA, 2011). Além de fazer um número menor de consultas ao que é preconizado pelo MS, estas mulheres apresentam maior incidência de complicações clínicas e obstétricas, gerando novos desafios médico-sociais para a relação do uso de drogas e saúde materno-infantil (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Estes desafios poderiam ser mais facilmente superados se houvesse uma maior interação entre as disciplinas, ainda na formação do profissional de saúde. Durante o curso de graduação, a interdisciplinaridade deveria ser mais enfatizada de forma que os profissionais fossem habituados a pensar no processo saúde-doença em conjunto com outras disciplinas, cuidando do indivíduo integralmente. Como exemplo, em uma intersecção das disciplinas de saúde mental e saúde da mulher, poderiam ser abordados aspectos da mulher alcoolista e/ou com uso e abuso de outras drogas e, ao mesmo tempo, gestante. Assim, a formação dos profissionais buscaria promover um exercício profissional com autonomia, interagindo com outras profissões, incentivando o trabalho em equipe, na busca pela eficiência e resolutividade das necessidades de saúde da população. A formação do profissional de saúde deve atender às necessidades sociais e assegurar a integralidade da atenção, qualidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2001).

Além das consultas pré-natais, da busca ativa e das atividades educativas, todas as mulheres entrevistadas descreveram que receberam uma assistência de qualidade, um bom atendimento hospitalar no momento do parto, o que na concepção delas são boas práticas de cuidado:

Ahh, o (fala o nome da maternidade) é um açougueiro, que não sei o que,.. mas eu fui bem tratada [...] nunca aconteceu nada comigo, não me trataram mal. Eu fui sempre bem tratada no hospital. Não senti falta de nada, toda vez que eu precisava eles estavam lá do meu lado, fui muito bem atendida, gostei, não tenho nada a reclamar da maternidade. (Magda)

O povo falava tão mal da maternidade (fala o nome), mas acabei tendo lá e fui super bem atendida. Não tive reclamação de nada. Me trataram super bem e minha filha quando nasceu também. (Natalia)

Foi bom. (Raissa)

Do jeito que está tá bom. Tem gente que fala mal. Eu achei legal, me atenderam bem. (Bruna)

Todavia, a análise das narrativas demonstrou que essas mulheres, muitas vezes, foram submetidas a procedimentos invasivos de cuidados obstétricos, provavelmente desnecessários, o que pode indicar que o cuidado prestado na maternidade não foi, realmente, humanizado e de qualidade, conforme preconizado pelas atuais políticas públicas de assistência ao parto e nascimento (BRASIL, 2017).

Me deram toque, me deram soro, aí eu tive no outro dia de manhã. Já cheguei lá com a bolsa estourada. (Natalia)

Antes de botar o remédio eu era tocada e depois de botar o remédio eu também era tocada. (Raissa)

Conforme evidenciado nas narrativas das mulheres, o toque foi o procedimento mais citado por elas. Este procedimento invasivo, quando em demasia, não corrobora para um melhor desfecho do parto e sua utilização além do necessário não é preconizada no modelo de humanização do parto. Entre outros pontos, este modelo recomenda que se evite práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas no Brasil, não beneficiam a mulher e o recém-nascido, podendo levar a iatrogenias (BRASIL, 2014a).

Além disso, identificou-se o não atendimento da Lei 11.108/2005 (BRASIL, 2005a), conhecida como Lei do Acompanhante. Tal prática é destacada na narrativa a seguir:

Ai quando eu fui ter minha filha me botaram soro [...] pediram pro acompanhante ir embora porque não podia ficar comigo, eu só tinha 16 anos. Aí me falaram, mãe, você vai ter seu filho só amanhã, porque não tem lugar pra você ficar. (Magda)

Magda narra claramente sobre o desrespeito em ter um acompanhante durante o trabalho de parto, apesar da Lei nº 11.108 ter sido sancionada em 2005 e estabelecer que os serviços de saúde SUS estejam obrigados a permitir a presença de um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato junto à parturiente, de sua livre escolha. A Lei do Acompanhante é válida tanto para parto normal quanto para cesariana, e a presença do acompanhante não pode ser impedida pelo hospital, pelos médicos, enfermeiros ou por qualquer outro membro da equipe.

Além da presença do acompanhante, o modelo humanizado de assistência estimula o uso das tecnologias não invasivas de cuidado, que vêm auxiliar e reconfigurar o modelo de atenção às gestantes e, principalmente, às parturientes, ressaltando a potencialização do saber voltado aos cuidados relacionados aos processos de gestar e parir que não sejam invasivos à fisiologia e privacidade (PROGIANTI; VARGENS, 2004). O caráter não invasivo das

tecnologias de cuidado da enfermagem obstétrica reside no fato de que quando a mulher estabelece um vínculo de confiança com o profissional, ambos compartilham as decisões dos seus cuidados. Assim, mesmo quando os procedimentos tocam partes íntimas do corpo da mulher (como o toque que tanto foi retratado pelas mulheres deste estudo), estes não são percebidos como invasão da privacidade (NASCIMENTO et al., 2010).

A utilização das tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica tem como principal objetivo o resgate do papel central e ativo da mulher, pois entende o parto como mais uma etapa no processo fisiológico da gravidez (SEIBERT, 2010). Para utilizar as tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica durante o trabalho de parto, é necessário que a enfermeira conheça intimamente suas clientes. É importante que ela saiba reconhecer o processo fisiológico do parto. Dessa forma, é mais fácil que a mulher conduza o seu trabalho de parto, seja sujeito do seu próprio processo, e a enfermeira, por sua vez, seja o sujeito do cuidar por meio das tecnologias de cuidado (MACEDO et al., 2008).

Neste contexto, as enfermeiras obstétricas têm um papel de destaque, ao compreender e respeitar os direitos de escolha da mulher, na oferta de outras opções no processo de parturição, eliminando as ações clínica-médicas como única opção na construção do cuidado (PROGIANTI; VARGENS, 2004). No modelo humanizado o uso da tecnologia é feito de forma apropriada, a assistência é caracterizada pelo processo contínuo de acompanhamento da parturição, garante as mulheres e crianças a vivência com segurança, dignidade e beleza da experiência da gravidez, parto e nascimento (BRASIL, 2014a).

Para algumas mulheres, vivenciar com dignidade e beleza a gravidez pode representar um marco importante, um ponto de partida para uma mudança em suas vidas. Afinal, a maioria das gestantes com histórico de uso e abuso de álcool e outras drogas iniciam este consumo antes da gestação. Neste estudo, as mulheres que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas não conseguiram chegar à abstinência do uso dessas substâncias durante a gestação. Ressalta-se que na perspectiva de Meleis (2010), das quatro participantes, três estavam na fase de instabilidade, com o uso abusivo de álcool e outras drogas e apenas, uma, estava na fase de estabilidade, por ter parado de consumir álcool e outras drogas. Conforme pode ser observado nos fragmentos das narrativas a seguir, elas têm dificuldade em deixar de usar essas substâncias psicoativas (apesar de tentarem):

Eu fico dentro de casa dormindo. Quando eu falo que não quero (a droga), não quero. Mas, vem gente me chamar pra usar droga [...] eu fico quieta, só fico observando as pessoas falarem, eu fico quieta, mas aí dá vontade de fumar cigarro... Às vezes dou uma volta na rua e volto [...]. (Bruna)

Eu fiquei usando droga até os seis meses de gestação... Cachaça, cerveja, mais cachaça do que cerveja, mas só quando eu usava droga. Parecia que a droga pedia cachaça... aí a minha barriga não crescia, acho que era por causa da droga... Eu sentia que a minha filha ficava agoniada... Pô era muito triste. (Natalia)

As narrativas demonstram o sentimento de impotência perante a droga. A primeira (Bruna) refugiava-se em casa para evitar o consumo, entretanto o ambiente e o contexto de vida não eram favoráveis para a interrupção do uso. Já a segunda (Natália) refere sentimento de tristeza ao perceber a reação fetal diante do consumo de álcool e drogas. Ao promover a escuta atenta, por exemplo, a enfermeira estaria ciente de tais situações e poderia traçar estratégias de enfrentamento relativas a cada caso.

Uma assistência de enfermagem de qualidade à mãe e ao seu filho começa com uma por uma investigação aprofundada, que aborde o uso dessas substâncias no período perinatal. Essa investigação, como já mencionado, exige uma escuta atenta, onde a enfermeira seja capaz de aceitar e compreender as experiências da mulher, demonstrando interesse, empatia e solidariedade. Esta atitude transmite confiança e contribui para que a mulher expresse, mais facilmente, os problemas (principalmente relacionados ao uso e abuso de álcool e outras drogas). É essencial permitir a expressão da cliente cuidada e a imersão da mesma nos conhecimentos específicos deste problema, pois elas são a fonte privilegiada de informação (MELEIS, 2010).

Neste estudo, identificaram-se três tipos de transição: situacional, desenvolvimental e saúde-doença. A primeira é causada por um fato ou acontecimento na vida do indivíduo ou de familiares, envolvendo a ocorrência de eventos inesperados ou não que surgem no viver do ser humano (MELEIS, 2010). O uso e abuso de álcool e outras drogas é o fato ou acontecimento a que a teoria da transição do tipo situacional está correlacionada neste estudo. Trata-se de um evento inesperado, uma vez que não é natural ou inerente a todo ser humano e que causa desequilíbrio na vida do ser humano e desencadeia uma transição.

O segundo tipo de transição identificado foi a desenvolvimental que está relacionada a transições individuais ou familiares. A passagem da infância à adolescência e ao envelhecimento são exemplos deste, ou seja: mudanças no ciclo vital. É representada neste estudo, pela passagem do estágio de mulher à condição de mãe. Considera-se parte da transição desenvolvimental tudo o que está relacionado ao processo de parentalidade, como, por exemplo, a internação hospitalar para o parto.

A terceira diz respeito às respostas dos indivíduos e suas famílias nos contextos de doença. Estabelece-se diante da passagem de uma condição saudável para uma condição de

doença, em que o ser humano depara-se, de forma abrupta e intensa, com mudanças que desestabilizam seu viver, gerando sentimentos de inadequação diante da nova situação (MELEIS, 2010). Neste estudo, está relacionada ao tratamento de sífilis da filha de uma das participantes. Não há como colher os sentimentos, mensurar a dor e as consequências desta transição para o bebê, se não for por meio de sua mãe. Não há como tratar a criança sem a mãe e/ou familiar. Eles são extensão desta criança. Por isso, a transição saúde-doença da criança com doenças crônicas, cardiopatias, leucemias e outras, diz respeito diretamente a mãe. É ela a pessoa mais afetada e sofre todo o processo de transição. A condição de tratamento de uma patologia do filho, com toda repercussão relacionada ao sofrimento, dor, exposição a procedimentos dolorosos e, o sentimento de culpa, por ter transmitido a doença ao filho e a um tratamento doloroso, produz na mulher transições.

Desse modo, pôde-se observar que as participantes deste estudo, vivenciaram várias transições ao mesmo tempo: fizeram uso e abuso de álcool e outras drogas durante a gestação (situacional e desenvolvimental, respectivamente) e uma delas foi submetida e submeteu a filha a tratamento para ISTs (saúde-doença).

As transições encontradas neste estudo servem de subsídios para auxílio na prática diária da enfermeira. Por meio das consultas pré-natais, a enfermeira poderá fornecer um cuidado individualizado e específico, reforçando a importância que este momento poderá ter na vida da mulher e de sua família (momento de transição), suas consequências e circunstâncias necessárias. E se este cuidado acontece ainda no período gestacional, durante as consultas, a transição dessa mulher terá maiores chances de ser favorável. Afinal, a transição terá mais sucesso quanto mais precoce cliente estiver ciente do que desencadeia a mudança, e assim estar preparado para possibilidade de várias transições acontecerem ao mesmo tempo (SCHUMACHER; MELEIS, 1994).

A vivência da mulher no período gestacional é variada e apresenta sentimentos e manifestações de ambivalência, como dúvidas sobre estar grávida ou não, além de sentimentos de alegria, apreensão, irrealidade e, em alguns casos, rejeição do bebê. A fase da aceitação da gestação normalmente vem acompanhada de fortes emoções: perdão e arrependimento por não ter desejado a gestação. Essa aceitação costuma acontecer melhor quando, por exemplo, as gestantes conseguem ver os bebês e ouvir seus corações, durante o exame de ultrassonografia e, neste momento, tem a consciência dos prejuízos que o uso de substâncias tóxicas acarreta ao feto (LEITE et al., 2014). A rejeição ao feto nem sempre é relacionada diretamente ao uso de substâncias químicas, mas surge no discurso com outros

significados, reforçando a ideia de uma gestação não planejada. Essa afirmativa pode ser exemplificada por meio da narrativa de Magda.

Desse aqui eu não queria mesmo não. Porque eu só faço menina, aí eu desisti de um menino. Aí eu falei... Ahhhh... Outra menina eu não quero não. Aí conversaram comigo, me deram conselho, aí eu disse... Tá bom [...] Falei, vou empurrar com a barriga, seja o que Deus quiser. (Magda)

As condições de transição influenciam a forma como cada pessoa reage à esta transição, e podem facilitar ou impedir este progresso. Podem ser fatores pessoais, comunitários ou sociais (MELEIS et al., 2000). Portanto, o não desejo da gravidez, desse novo filho que está por vir, pode ser um dificultador do processo transicional dessa mulher, assim como o tipo de assistência recebida.

As enfermeiras são as primeiras cuidadoras das pessoas e suas famílias que estão passando por algum processo de transição (MELEIS et al., 2000). Desse modo, pode-se entender que as consultas pré-natais representam o primeiro contato dessa mulher com seu processo transicional, e que a enfermeira pode facilitar a aceitação, após rejeição comum da gravidez, como ocorre na narrativa de Magda. Assim, a enfermeira desempenha um papel fundamental e, potencialmente, modificador desta realidade, quando ouve, auxilia e permite que a mulher realize sua transição de forma segura e consciente.

O tempo de duração desse processo de rejeição até a aceitação da gestação é variável. A transição pode ser um processo moroso, e pouco se sabe acerca do tempo necessário para que o indivíduo alcance a estabilidade. Para chegar nesse estágio, a transição começa com os primeiros sinais de percepção e demonstração de mudança, passando por um período de instabilidade, até o alcance de um novo começo ou de retorno à estabilidade. Entre outros aspectos, depende da natureza da mudança e da sua influência na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos ao longo do processo (MELEIS, 2010).

As expectativas em relação à transição dependem de experiências vivenciadas anteriormente, que podem interferir ou não nessa vivência. A transição é uma percepção subjetiva e essencial para a compreensão do processo. Esse significado pode ser positivo, neutro ou negativo, e resulta de uma transição desejada, planejada ou não (MELEIS, 2010).

As mulheres que já vivenciaram outros processos transicionais podem ter maior facilidade nos próximos. Ou seja, mulheres que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas e que já tiveram outras gestações podem usufruir de melhores condições de enfrentamento nessa nova transição. O cotidiano, o meio e as interações são influenciados pela natureza e,

principalmente, por experiências de transições anteriores, conduzindo por vezes a sentimentos de vulnerabilidade e dificuldades na vivência da transição (MELEIS et al., 2000).

As condições pessoais englobam os eventos que ocorreram antes e durante a transição, influenciados pelas crenças socioculturais e pelas atitudes de cada um. O seu modo de vida, principalmente, o que diz respeito ao socioeconômico, conhecimento e preparo antecipado, facilitam a transição, pois assim o indivíduo sabe sobre o que esperar de uma transição e quais estratégias podem ser utilizadas para lidar com ela (MELEIS, 2010). Tais ferramentas ficam prejudicadas nas mulheres que usam e abusam de álcool e outras drogas, o que torna o papel do profissional fundamental na redução de danos, e apoio no processo de transição.

Reconhecer a mulher que consome álcool e outras drogas, suas características e necessidades, assim como as vias de administração de drogas, exige a busca de novas estratégias de contato e de vínculo com ela e seus familiares, para que se possa desenhar e implantar múltiplos programas de prevenção, educação, tratamento e promoção adaptados às diferentes necessidades. Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção (BRASIL, 2003).

O MS recomenda que se deve acolher esta mulher, sem julgamento, e analisar com cada uma delas, o que é possível e necessário fazer, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento (BRASIL, 2003).

Ainda pensando em garantir acesso e qualidade da atenção em saúde a toda a população, inclusive a essas mulheres, o Ministério da Saúde elaborou o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. No que concerne à saúde da mulher, este programa possui como um dos critérios de desempenho, melhorar o rastreamento de gestantes no primeiro trimestre para iniciar o pré-natal, e de gestantes com esquema vacinal atual e que são acompanhadas por meio de visitas domiciliares (BRASIL, 2012a).

Pensando-se em uma assistência à saúde de qualidade, como os referidos programas objetivam, a enfermeira deveria detectar no acompanhamento pré-natal, o consumo de álcool e outras drogas durante a gestação. Ela poderia favorecer o acesso a serviços especializados de acompanhamento e alternativas de enfrentamento ao uso de substâncias psicoativas, evitando complicações maternas e neonatais, bem como oferecer ações de promoção da saúde física e mental para a redução desses agravos (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Entretanto, apesar dos esforços, o que se observa é que estes programas ainda não foram suficientes para alcançar uma melhoria na assistência à saúde, bem como melhorar o acesso a estes serviços. Não somente o acesso e a prestação de serviços ofertados pelo SUS devem ser melhorados. A detecção de gestantes que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas também deve ser aprimorada. Devido à dificuldade em se realizar um rastreamento ideal para identificação dessas mulheres, nem toda gestante é interrogada sobre o uso dessas substâncias durante o acompanhamento pré-natal ou parto, independente da sua condição socioeconômica (COUTINHO et al., 2014).

Quando são interrogadas, essas informações deveriam estar descritas no cartão de pré-natal e/ou caderneta da gestante, de forma a orientar os profissionais que a acompanham. O primeiro, também chamado de cartão da gestante, é um elo de comunicação entre as equipes de assistência ambulatorial e hospitalar, visto que os profissionais envolvidos nessa assistência nem sempre são os mesmos. Além disso, os fatores de risco (como, por exemplo, o uso de álcool e outras drogas) devem ser anotados nesta caderneta e identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como um sinal de alerta (CARVALHO; LIOTTI; LENZ, 2015).

Apesar da caderneta da gestante ser uma inovação do cartão de pré-natal, visto conter informações importantes do período perinatal, de forma mais detalhada, como por exemplo, na recomendação quanto à abstinência do uso de álcool e outras drogas, há apenas uma linha destinada ao preenchimento do consumo/uso de bebida alcoólica, devendo ser assinalado somente com sim ou não (BRASIL, 2012a). Ressalta-se que na cidade do Rio de Janeiro, ela ainda é pouco utilizada pelos profissionais de saúde, permanecendo ainda o cartão da gestante como o principal documento portado pela mulher em todas as fases do ciclo gravídico-puerperal, com registros do acompanhamento do pré-natal (CARVALHO; LIOTTI; LENZ, 2015).

Cabe enfatizar ainda que, além dos instrumentos citados (caderneta da gestante e cartão de pré-natal) existe um instrumento denominado *Alcohol Use Disorder Identification Test* (AUDIT) que pode auxiliar os profissionais de saúde, neste caso, as enfermeiras em suas orientações acerca da prevenção do consumo de álcool e outras drogas durante a gestação, parto e puerpério. O AUDIT, apesar de não ser direcionado especificamente às gestantes que consomem bebidas alcoólicas, é um instrumento de rastreamento, desenvolvido pela OMS e propõe estratégias de intervenções breves para o uso abusivo de álcool, através de níveis de intervenção, dependendo da pontuação do usuário no questionário. Essa forma de trabalho, de

reconhecimento precoce e intervenção rápida recebeu, no Brasil, o nome de Estratégias de Diagnóstico e Intervenções Breves (EDIBs) (ANTONIASSI JÚNIOR; GAYA, 2015). Dessa forma, as enfermeiras que realizam o pré-natal poderiam adotar este teste durante as consultas de enfermagem para rastrear as gestantes que fazem uso e abuso de álcool e outras drogas.

Nessa estratégia de intervenção, o treinamento dos profissionais aborda os seguintes temas: uso excessivo de álcool e outras drogas como problema de saúde pública, papel dos profissionais de saúde na prevenção de problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, manejo e interpretação do instrumento AUDIT e intervenções breves (Orientações Básicas, Aconselhamento Breve e Encaminhamento) (ANTONIASSI JÚNIOR; GAYA, 2015). Vale destacar que são temas abordados sem distinção de gênero, e não contemplam, especificamente, a mulher no período gravídico-puerperal. Mas por ser um teste para rastrear as pessoas que fazem uso e/ou abuso de bebida alcoólica, é uma excelente estratégia para detectar a mulher que bebe durante a gestação.

Ao realizar treinamento e utilizar esse instrumento (AUDIT), os profissionais sentem-se preparados a ampliar a atuação em relação às consequências do uso dessas substâncias na população. A busca pelo avanço científico tem levado pesquisadores a novos estudos sobre técnicas de psicoterapia. Uma das buscas mais importante foi a descoberta da necessidade de acessar o estágio de prontidão (SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008). Este estágio é entendido como o estágio em que o indivíduo se encontra preparado para a mudança (SOUSA et al., 2013).

Tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (*Transtheoretical Model of Change*), desenvolvido por James O. Prochaska e colaboradores na década de 70, em que pontua determinadas etapas (de motivação) pelas quais a pessoa passa ao longo do processo de mudança (CALHEIROS; ANDRETTA; OLIVEIRA, 2006 apud SZUPSZYNSKI; OLIVEIRA, 2008). Essa categorização é um processo através do qual o indivíduo transita em quatro estágios bem definidos: Pré-contemplação, Contemplação, Ação (busca de ajuda) e Manutenção (ZERBETTO; MACIEL, 2017).

O primeiro (Pré-contemplação) é um estágio de prontidão em que não há intenção de mudança. Neste estudo, Magda e Raissa encontram-se neste estágio. O indivíduo não é capaz de refletir, criticamente, a respeito de sua própria condição. É como se usasse a negação como mecanismo de defesa, negando a sua realidade.

Na contemplação, o indivíduo parece iniciar um processo de conscientização da existência do problema, porém ainda sem perspectiva de mudança (SOUSA et al., 2013). Como exemplo para este estágio, tem-se a narrativa de Bruna:

Qualquer dinheiro que eu ganho eu dou na mão do meu padrasto pra não gastar [...]. Três semanas que estou trancada dentro de casa, às vezes dou uma volta na rua e volto [...]. (Bruna)

O fato de entregar o dinheiro e se trancar dentro de casa revela intenções desta mulher em iniciar o processo de abandono do vício. O início de consciência para o processo de mudança. Contudo, a sua fala “dou uma volta na rua”, incita a pensar que a mudança de fato ainda não ocorreu.

O estágio da ação ocorre quando a pessoa inicia explicitamente um processo de mudança. Modifica seu comportamento utilizando estratégias efetivas. É um período que exige muita dedicação e energia pessoal, e as mudanças realizadas são muito mais visíveis do que as realizadas durante outros estágios. Neste estudo, a Natalia encontra-se neste estágio:

Eu comecei a usar constantemente. Era cocaína, eu cheguei a usar loló, mas aí eu não gostei, comecei a usar maconha, fumar cigarro, beber cachaça [...]. Mas beber, fumar, cocaína, nunca mais. (Natalia)

Natália reconhece seu processo de mudança para abandono do uso e abuso de álcool e outras drogas. Refere não fazer mais uso de substâncias (álcool, maconha e cocaína) que, como ela mesmo narrou, eram constantes em sua vida.

Finalmente, a Manutenção é o estágio que constitui o grande desafio no processo de mudança, pois o foco está na estabilização do comportamento. Requer grande esforço do indivíduo para manter os ganhos adquiridos em outros estágios (principalmente no estágio Ação). É necessário, também, esforço para prevenir lapsos e recaídas. A mudança nunca é concretizada com a Ação. Sem um forte compromisso no estágio de Manutenção, a pessoa poderá ter recaídas, mais comumente encontradas nos estágios de pré-contemplação e contemplação (SOUSA et al., 2013).

Na perspectiva das Políticas Públicas, a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas considera que os profissionais de saúde possuem diversas dificuldades para diagnosticar, tratar ou encaminhar as pessoas que apresentam complicações decorrentes do uso e abuso de álcool e outras drogas. No plano cognitivo, eles apresentam falta de conhecimentos sobre a variedade de apresentações sintomáticas geradas pelo uso abusivo e

pela dependência ao álcool, bem como de meios para facilitar o seu diagnóstico. Apresentam também uma visão negativa do paciente, e de suas perspectivas evolutivas frente ao problema, o que impede uma atitude mais produtiva (BRASIL, 2003).

O MS reconhece algumas formas de fortalecer a Política de Atenção a Usuários de Álcool e Outras Drogas na atenção primária (neste caso, destinada às gestantes que fazem uso de bebidas alcoólicas e outras drogas) que são: garantir o acesso a medicamentos, garantir atenção na comunidade, fornecer educação em saúde para a população, envolver comunidades / famílias / usuários, formar recursos humanos, criar vínculos com outros setores, monitorizar a saúde mental na comunidade e dar mais apoio à pesquisa e estabelecer programas específicos (BRASIL, 2003).

Esta política considera imprescindível a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários (neste caso, em gestantes que consomem álcool e outras drogas) sempre considerando que a oferta de cuidados deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e ao restante da rede de saúde (BRASIL, 2003).

Na perspectiva deste estudo, esta rede assistencial deve estar apta para dar conta das necessidades de saúde, considerando-se os fatores de vulnerabilidade (individual, social e programática) durante a gestação, abordando o histórico de consumo de álcool e outras drogas entre as mulheres. Por isso, esta pesquisa buscou não se limitar as práticas de cuidado, mas também objetivou, por meio das narrativas, discutir as vulnerabilidades à que estas mulheres estavam expostas.

Apesar desta necessidade, evidencia-se como ainda é escasso o desenvolvimento de estudos que envolvam vulnerabilidade de gestantes ao uso de álcool e outras drogas. Em sua maioria, estas pesquisas enfocam os prejuízos fetais, trazendo pouco conteúdo sobre a dimensão subjetiva da gestante (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

A preocupação com a saúde e bem-estar fetal é, sem dúvida, de extrema importância. Porém, o reduzido número de estudos relacionados às implicações do uso de álcool e outras drogas para a gestante, as condições de vulnerabilidade, bem como o tipo de vulnerabilidade a que estão expostas, dificulta a compreensão de suas vivências e a elaboração de políticas eficazes (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

Neste estudo, identificaram-se os três tipos de vulnerabilidade: social, individual e programática. O primeiro tipo de vulnerabilidade diz respeito ao social, ao meio em que as

mulheres estão inseridas. Envolve, dentre outros aspectos, o modo de vida. O uso de drogas por familiares, por exemplo, pode representar uma situação de vulnerabilidade social na gestação. Vale lembrar que o tipo de droga, o tempo de uso, a pessoa que usa e as relações que se mantêm com o usuário podem repercutir em diferentes situações de vulnerabilidade. As ações de enfrentamento para essas situações vão depender da percepção de risco e do desenvolvimento emocional de cada indivíduo (ARAÚJO, 2014). Nesse sentido, chama-se atenção para a narrativa de Magda que ao descrever o sequestro de sua filha, deixa clara as condições familiares e, principalmente, a situação social em que está inserida:

Meu irmão estava chegando de cadeia [...] Chegamos lá, no bar que eu estava bebendo ali atrás, chega a minha irmã desesperada dizendo, “roubaram sua filha” [...] fui lá nas minhas tia, chamei minhas tias para irem comigo lá no 21 DP [...] fui no pai dela, o pai dela disse que não ia porque ele tava bebendo no bar e eu disse, ‘vamos lá cara, pra gente poder pegar a menina, na 21 comigo’ e o pai dela disse que não ia [...] chegando na delegacia e o delegado cismou que eu tinha vendido minha filha, falou que eu tinha passagem pela policia [...]. Isso era uma sexta e ele (refere-se ao delegado) disse que na terça iriam atrás da minha filha [...]. Quando foi no sábado a gente foi atrás da mulher, lá pra aquele lado de roça, campo grande essas coisas assim. Ai fomos atrás dessa mulher, chegamos lá essa mulher já tinha varias passagens pela policia, tinha roubado minha filha, ela já tinha matado uma criança [...] minha filha só tinha quinze dias de recém nascido [...]. Aí ela foi num centro de macumba que ela ia botar minha filha, ia entregar minha filha pro centro de macumba, dar a cabeça da minha filha [...] e ela apareceu aqui dizendo que era amiga do meu irmão.

A narrativa acima é um exemplo de vulnerabilidade social. Neste contexto, o consumo de droga (no caso o álcool) se faz presente de tal forma que o pai da criança rejeita a ideia de sair do bar para descobrir o paradeiro da filha de apenas 15 dias e vida. Em contextos semelhantes, a atuação profissional visa, não só fortalecer as ações de prevenção integral e promover as competências parentais, a responsabilidade do cuidado e da atenção dos filhos, na prática, visa também ser um espaço que facilite a comunicação, a resiliência, o desenvolvimento psicossocial pessoal e familiar, e o respeito pelos direitos humanos (MUÑOZ et al., 2013).

Nesse sentido, destacando-se a importância dos serviços de saúde, chama-se atenção para a vulnerabilidade programática. Os serviços de saúde podem atuar por meio de educação em saúde para a mulher grávida, a família e comunidade. Nessas atividades os riscos e vulnerabilidades podem ser melhor compreendidos; assim como as várias ações de cuidado específicas; o vínculo familiar e comunitário pode ser fortalecido. A base dessas ações deve ser concebida a partir do entendimento de como as mulheres organizam as suas experiências de vida, saúde e cuidado, como sentem e dão sentido a elas; a sua exposição a agentes que

acentuam as vulnerabilidades; e potenciais de enfrentamento das situações adversas que possuem (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

A vulnerabilidade programática faz alusão às políticas públicas de enfrentamento (como exemplo, a política de redução de danos, descrita anteriormente) às metas e ações propostas nos programas governamentais, na organização e distribuição dos recursos para prevenção, controle de doenças e agravos (AYRES et al., 2006).

Já a vulnerabilidade individual, foi a mais evidente e amplamente encontrada nas narrativas. Ela perpassa por diversos caminhos: infecções sexualmente transmissíveis (IST), as consequências do consumo de álcool e outras drogas, incapacidade de criação dos filhos, vínculos (materno, familiar e profissional-cliente) e intercorrências gestacionais (hipertensão arterial).

Contudo, qualquer alteração em qualquer desses eixos (social, programático e individual) acarretará consequências aos demais (AYRES et al., 2003). Assim, no decorrer desta análise evidencia-se uma vulnerabilidade fazendo referência, ou até mesmo, coexistindo com outra.

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, estas mulheres são portadoras de taxas mais elevadas de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites, violência doméstica e depressão quando comparadas com as mulheres não usuárias. Como consequência, esse grupo de mulheres apresenta menor adesão às consultas pré-natais e um número maior de complicações gestacionais (COUTINHO et al., 2014). Estas afirmativas corroboram com o achado desta pesquisa:

Minha filha só nasceu com um probleminha que eu tava, a sífilis passou pra ela.
(Natalia)

A narrativa de vida de Natália reforça a necessidade de enfoque à promoção em saúde por meio de ações de informação, educação e comunicação para as questões relacionadas às ISTs, em geral, e mais especificamente quanto à sífilis. As ISTs e a gravidez indesejada nos remetem à constatação de que estas mulheres têm práticas sexuais desprotegidas (sem preservativo), que apesar de não ser condição exclusiva deste grupo de mulheres, está relacionada com as desigualdades nas relações de gênero, condições sociais, prática do sexo comercial, uso de drogas, adolescência, entre outras (BRASIL, 2006).

A participante mencionada acima tinha vinte e três anos, era moradora do complexo da maré, e demonstrou surpresa por sua filha ter nascido com sífilis congênita necessitando de

internação por dez dias na maternidade. Relatou ter tido um único parceiro (pai de sua filha e, também, consumidor de drogas), e que por isso não conseguia compreender o motivo de ter contraído a doença:

Eu não me lembro de quando que eu fiquei sabendo não, mas quando eu fiquei sabendo eu fiquei um pouco nervosa, mas eu não sei como foi que isso (refere-se à sífilis) apareceu em mim, não, entendeu?... Quando eu fiquei sabendo eles disseram que eu teria que ficar tomando bezetacil, pra poder não passar pro bebê, aí eu fiquei tomando... Aí rapidinho sarou. Mas eu fiquei com ela no hospital dez dias internada por causa da coisa que eu passei pra ela. Que eu me lembre assim, eu não era de ficar fazendo relação assim com outros homens, não. Não sei como é que isso aconteceu comigo. Lá no posto me orientaram que foi por conta de relações sexuais. Mas que eu me lembre não, porque eu só tive relação com o pai dela. Antes da minha gravidez, que eu engravidei só foi com ele. E depois da minha gravidez eu não me relacionei mais com ninguém. (Natalia)

Evidencia-se na narrativa acima que a mulher associava a transmissão da sífilis, somente, à existência de múltiplos parceiros. Nesse sentido, a falta de informação e de medidas educativas sobre as formas de transmissão e prevenção das ISTs e HIV/Aids, a pouca motivação ou sensibilização pessoal para aceitar que se encontra em situação de risco de infecção, e o baixo poder de confiança ou estima para adotar medidas preventivas, contribuem para a vulnerabilidade individual, afinal nesta destaca-se os comportamentos adotados pelo indivíduo e que podem favorecer sua infecção (BRASIL, 2006).

Como forma de auxiliar no fornecimento de informações, tanto para mulheres, como para profissionais de saúde, o Ministério da Saúde tem buscado, ao longo dos anos, disponibilizar informações sobre a Sífilis (e outras ISTs). Uma das primeiras orientações ainda data de 2006, um manual de bolso contendo diretrizes para o controle da sífilis congênita, com o intuito de contribuir para a implementação do diagnóstico e tratamento imediato desses casos (sífilis materna e congênita) e da vigilância epidemiológica, de modo que o Brasil pudesse, em um breve espaço de tempo, reduzir os casos de transmissão vertical (BRASIL, 2006).

Contudo, a pretensão do governo não se concretizou e mais protocolos/guias foram necessários (BRASIL, 2014b, 2015b), reforçando a grande preocupação das autoridades brasileiras no que concerne a problemática da sífilis. Esta, apesar de ser um agravo evitável, ainda permanece como um problema de saúde pública. A ocorrência da sífilis congênita evidencia falhas, particularmente da atenção ao pré-natal, pois o diagnóstico precoce e o tratamento da sífilis em gestantes são medidas simples e efetivas na sua prevenção (BRASIL, 2014b).

As avaliações clínica e laboratorial das doenças de transmissão parenteral e sexual são fundamentais para o bom acompanhamento clínico em mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas, em função da maior prevalência quando comparada à população geral. Recomenda-se a investigação de sífilis, HIV, hepatites B e C, clamídia e gonorreia (COUTINHO et al., 2014).

As características individuais maternas podem também determinar situações de vulnerabilidade individual e social, relacionadas à: vício, idade, aparência, capacidade funcional, sexo, saúde, raça/etnia, orientação sexual, capacidade cognitiva, desenvolvimento cognitivo, educação, aprendizagem, autoconceito, status socioeconômico, aculturação, divórcio, motivação e metas, perda de familiar, dentre outros (BARRETO, 2012), como identificado na narrativa de Bruna:

Na segunda vez eu não sabia que estava grávida, eu comecei a sentir dor, aí começou a sangrar. Fazia (uso de drogas), mas bem pouco. Cocaína. Agora que eu estou mais devagar, porque eu ficava dias virada. (Bruna)

Bruna refere o sangramento e dor no momento da descoberta da gravidez, sendo estes os sinais e sintomas percebidos mesmo em uso de cocaína. Apesar desta não relacionar esta intercorrência ao uso de drogas, sabe-se que as mulheres com uso e abuso de drogas estão mais predispostas a abortamentos, além das consequências para o feto/ bebê. As principais consequências para os recém-nascidos de mães que usaram drogas durante a gestação são: icterícia, prematuridade, infecção neonatal, baixo peso ao nascer, desconforto respiratório, sífilis congênita, desmame precoce, atraso no desenvolvimento infantil, déficit de atenção e hiperatividade, problemas na linguagem, depressão e competência social deficiente ao longo da vida do indivíduo (MUÑOZ et al., 2013; PORTELA et al., 2013).

Muitas vezes, as mulheres desconhecem tais consequências, mas conseguem perceber alguns de seus efeitos no feto. O uso da cocaína aumenta, consideravelmente, os movimentos fetais (CAMARGO; MARTINS, 2014). Natalia, que fazia uso dessa substância, percebe esta alteração nos movimentos fetais, como visto na narrativa a seguir:

Era normal minha gravidez. Só que ela se mexia muito. Muito mesmo, eu sentia que ela se mexia por causa da droga. Era certo de eu usar droga e ela começar a se mexer. eu comecei a usar e depois eu não quis mais saber de outra coisa além de ser droga [...] aí eu comecei a usar constantemente. Era cocaína, eu cheguei a usar loló, mas aí eu não gostei, comecei a usar maconha, fumar cigarro, beber cachaça. (Natalia)

O uso da cocaína durante a gestação pode afetar os sistemas hipotalâmico e extrapiramidal, estruturas cerebrais, com funções neuronais associadas aos movimentos voluntários e involuntários. Quando o consumo da cocaína está associado ao álcool registra-se, com maior intensidade, alterações nos movimentos e tônus fetal (VOLPE, 2012), conforme foi percebido pela própria entrevistada (Natalia), mesmo sem o conhecimento aprofundado sobre essas consequências do uso e abuso de drogas para o feto.

Em contrapartida, somente, o álcool consumido por uma gestante provoca a diminuição dos movimentos fetais, devido à sua ação depressora no sistema nervoso central. Ao atravessar a barreira placentária, o feto está exposto às mesmas concentrações de álcool do sangue materno. Devido à exposição fetal ser maior e o metabolismo e eliminação serem mais lentos, estima-se que aproximadamente 20 gramas de álcool já são suficientes para provocar supressão dos movimentos fetais (KASSAD et al., 2013).

Atualmente, não há registros que assegurem uma quantidade mínima de consumo de bebida alcoólica pela gestante. Porém, sabe-se que quanto mais intenso for o consumo, maiores são os riscos e danos à formação do bebê. Desse modo, recomenda-se que toda gestante evite o consumo de bebidas alcoólicas, não só ao longo da gestação, como também durante todo o período de amamentação (o álcool também pode passar para o bebê através do leite materno). Cerca de 2% do álcool ingerido pela mãe é transferido para o sangue e leite materno. Apesar de não ser estocado nas glândulas mamárias, o nível de álcool encontrado no leite é proporcional ao encontrado no sangue da mãe (KACHANI et al., 2008).

Além do álcool, a cocaína também é excretada através do leite materno e pode ocasionar intoxicação do lactente. Ela é absorvida pelo trato gastrointestinal do lactente devido sua biodisponibilidade de aproximadamente 60 a 80% (CARRAZZA et al., 2013). Neste estudo observou-se uma lactante usuária de cocaína e que amamentou, conforme narrativa abaixo.

Neste estudo, uma participante lactante usuária de cocaína narrou sua vivência em relação à amamentação:

Tentei (amamentar) mas ela não quis. E também secou rápido o meu leite. Fazia (uso), mas bem pouco. Cocaína. Eu usava um dia só e acabou. (Bruna)

Mulheres que fazem uso das drogas devem evitar amamentar durante estes períodos. Nos casos em que a amamentação e utilização de cocaína são mantidas, aconselha-se interromper o aleitamento por período suficiente para eliminação da droga, ou seja, por

aproximadamente 24 horas. A decisão acerca do aleitamento deve ser feita de maneira individualizada, com base nos benefícios da amamentação e no risco de exposição à cocaína via leite materno (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Olhar essas questões pelo ângulo das vulnerabilidades, e superar o exclusivo raciocínio de risco, implica identificar os aspectos e as condições que podem comprometer a saúde das gestantes. Além disso, sob o ponto de vista da vulnerabilidade, esse olhar favorece o reconhecimento de fatores que afetam a saúde física e emocional dessas mulheres, bem como aqueles que limitam as suas possibilidades de tomada de decisão e de autocuidado (OLIVEIRA; MANDÚ, 2015).

Neste estudo, o uso de álcool e tabaco foram drogas evidenciadas nas narrativas:

Eu só bebi. Nunca fiz uso de outra coisa. (Raissa)

Eu não vou falar que sai 100%, eu saí das drogas, mas do cigarro eu não sai.
(Natalia)

Muitas pessoas, inclusive as gestantes, tendem a acreditar que cigarro e/ou álcool não são drogas, como observado nos casos acima; ou entendem que seu uso não causa (ou causam menos) efeitos adversos. No caso específico de Natalia, o uso do cigarro perdurou durante a gestação. No Brasil, estima-se que 9,14% das gestantes sejam fumantes, ocasionando riscos consideráveis à saúde mãe-filho. Na gravidez, os riscos incluem gravidez ectópica, descolamento prematuro de placenta, ruptura das membranas e placenta prévia. Para o feto, há problemas no desenvolvimento neurológico com alterações no comportamento, prematuridade, baixo peso ao nascer (com redução média de 200g), o que tem forte associação com o desenvolvimento de doença coronariana, diabetes tipo 2 e obesidade na vida adulta (LUCCHESI et al., 2016).

O uso do cigarro causa crescimento uterino restrito, pois prejudica o transporte de oxigênio e outros nutrientes para o feto. Além disso, o fumo está associado com risco aumentado de abortamento, má formação congênita, natimorto. Na infância, há maior chance de hiperatividade, transtorno de conduta e impulsividade. Isso acontece porque os componentes tóxicos do cigarro causam diretamente danos nas estruturas cerebrais e nos sistemas fisiológicos fetais (CAVALSAN et al., 2017).

O hábito de usar drogas na gestação também acarreta um sentimento de culpa nas gestantes, que prevendo uma possível desaprovação da sociedade e do profissional da saúde, pode negar o uso ou relatar um consumo menor do que o real (KASSAD et al., 2013). Nesse

sentido, os sentimentos ambivalentes que envolvem uma gestação, somados a algumas dificuldades (econômicas, fragilidades físicas, dentre outras) a que estão expostas, impõem uma condição de vulnerabilidade individual que contribui para o não planejamento das gestações, conseqüentemente, para dificuldade no enfrentamento da atual situação (ARAÚJO, 2014). Medo, culpa, vergonha por fazerem uso e abuso de álcool e/ou outras drogas durante a gestação e até mesmo o não desejo da gravidez estiveram presentes nas narrativas:

Eu comecei a usar (droga) por uma amiga minha, entendeu? Foi a pior coisa que aconteceu na minha vida. Não gosto nem de ficar lembrando essas coisas assim... (se emociona). Porque foi muita coisa ruim que aconteceu, eu não gosto muito de ficar lembrando não. (Natalia)

O pai dela não queria ela, eu também não queria, cheguei a comprar remédio pra tirar ela. Eu só pensava em tirar pra não sofrer, só pensava em tirar, em tirar, e pensava, se o pai não quer eu também não quero. Cheguei a comprar o remédio, comprei um atestado falso e fui à farmácia e comprei o remédio, o pai dela chegou a me dar o dinheiro. (Magda)

Entender e reconhecer a situação que envolve uma gravidez não planejada é de suma importância para reorientar ações e estratégias voltadas à saúde reprodutiva e sexual no âmbito da ESF e da Atenção Básica. As mulheres que se deparam com uma gravidez não planejada tendem a fumar, e fazer uso de outras substâncias nocivas a ela e, principalmente, ao feto. Está mais propensa a depressão pós-parto, iniciar o pré-natal depois do primeiro trimestre, interromper a gestação, entre outros problemas (WRONSKI et al., 2016).

Muitas mulheres com histórico de consumo de drogas expressam sentimentos de culpa, medo e vergonha, e tendem a negar a maternidade, principalmente, devido à exclusão social e ao preconceito que sofrem, por serem apontadas como promíscuas, como incapazes de criar seus filhos, acabando por entregarem os mesmos a familiares, à doação e até mesmo a pessoas estranhas (CAMARGO, 2014), conforme ilustrado na narrativa a seguir:

[...] as duas estão com a mulher. A mulher que está criando elas. Ela vem aqui de vez em quando. Ela está com a mulher que vende frango aqui na principal. (Raissa)

O exercício da maternidade, muitas vezes, é sofrido para as mulheres, principalmente, quando estas fazem uso e abuso de álcool e outras drogas. São mães e se percebem como incapazes de assumir e praticar essa tarefa. Consideram-se vítimas das drogas, transferindo para a substância utilizada a culpa pelo fracasso da experiência da maternidade (SOUZA, 2013).

Esta incapacidade de criar os filhos remete à vulnerabilidade individual e social de mulheres e crianças. Primeiramente, a ideia de que uma família desestruturada (pobre, com baixo nível de instrução, e problemas com álcool e drogas), em condições de vulnerabilidade social, não ama seus filhos. Vulnerabilidade social não se traduz necessariamente na inexistência de afeto na família e sim na falta de condições mínimas para o cuidado e a educação das crianças. Estão incapazes de exercer sua cidadania. Portanto, essa concepção de incapacidade de criação dos filhos, muitas vezes demonstrada por mulheres que consomem álcool e/ou outras drogas, extrapola o limite do sentimento afetivo, e talvez, na intenção de que o filho tenha melhores condições de vida, o entrega para adoção (GOMES; PEREIRA, 2015).

A vulnerabilidade individual, parte do princípio que estas mulheres, mães solteiras (3 das 4 participantes do estudo são solteiras) têm a responsabilidade de criar e educar seus filhos sozinhas. A vulnerabilidade surge à medida que tal situação favorece o aumento de maus-tratos, criminalidade, abandono da escola e envolvimento com álcool e outras drogas. Isso porque a mulher tende a se preocupar menos com comportamentos irresponsáveis das crianças, visto que não há como supervisionar de perto cada um dos filhos e, ao mesmo tempo, prover o sustento da família (FEIJÓ; ASSIS, 2014).

A vulnerabilidade também está relacionada à questão legal da guarda dos filhos. A Lei nº 12.318/2010 oferece a garantia da convivência familiar e direitos da criança e do adolescente e visa coibir todos os atos de alienação parental. De acordo com a referida lei, quem interferir na formação psicológica da criança (e neste caso, destaca-se mães alcoolistas ou em uso de outras drogas, que poderão colocar seus filhos em situação de extrema vulnerabilidade, de rejeição, maus tratos e etc.) poderá ser multado ou até perder a guarda da criança.

A entrega do filho para outras pessoas criarem pode marcar o rompimento de uma ligação que, muitas vezes, se iniciou na gestação. A vivência da gravidez pela mãe e sua influência na vida uterina do bebê são fatores importantes, visto ser nesse período o início do estabelecimento do vínculo, sendo possível prever a continuidade dessa relação após o parto (MARINI; WASCHBURGER, 2016).

O vínculo, uma relação afetiva singular e duradoura, entre mãe e filho, é um dos requisitos essenciais para a transformação de uma criança em adultos independentes e saudáveis. Refere-se ao laço emocional que a mãe desenvolve com o seu bebê, promovendo-lhe segurança e apoio. Pode ser observado através dos comportamentos de apego

manifestados pela criança. A interação que a mãe desenvolve com o seu bebê por meio de conversas ainda durante a gestação, e a imaginação das características e expectativas em relação ao filho que vai nascer, expressam o sentimento de vinculação (MARINI; WASCHBURGER, 2016).

A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher considera não somente aspectos físicos, próprios da gestação, como também fatores emocionais, econômicos e familiares, que repercutem sobre a saúde e o acesso à assistência pré-natal (BRASIL, 2012a). Uma abordagem holística é capaz de identificar e intervir em eventos de ordem biológica e situações de vulnerabilidade, de modo a trazer benefícios à dinâmica da gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2002). A compreensão das vivências das mães vulneráveis fornece elementos substanciais para a prática de um cuidado humanizado e compreensivo, sensível às necessidades do outro, com o qual é desenvolvido um relacionamento dentro do espaço dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças (MUÑOZ et al., 2013).

A compreensão dos fatores determinantes de vulnerabilidade orienta a retomada da relação entre saúde, que deve perpassar pela avaliação de fatores ambientais, sociais, políticos, culturais, institucionais, comunitários, familiares e individuais (AYRES, 2009). No pré-natal, essa perspectiva busca considerar, para além dos riscos, efeitos do entrelaçamento entre condições individuais e contextuais na exposição de grávidas, não só às doenças, mas também ao uso de álcool e outras drogas.

A ruptura do vínculo familiar, inevitável para algumas mulheres, pode levá-las a viver em situação de rua, expostas aos riscos da marginalidade e da exclusão social, caracterizadas como situações de vulnerabilidade social extrema (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012). Contudo, havendo ruptura dos vínculos familiares, o Estado é o responsável pela proteção das crianças e dos adolescentes, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Ele é responsável por assegurar que os vínculos familiares sejam preservados, mesmo quando há necessidade de integração em família substituta e quando os recursos de manutenção na família de origem já foram esgotados (BRASIL, 2010).

A busca de novas estratégias de contato e de vínculo com profissionais de saúde e seus familiares são essenciais para o reconhecimento de consumidores dessas substâncias, suas características e necessidades, assim como as vias de administração das drogas (BRASIL, 2003).

O Ministério da Saúde, por meio de uma Nota Técnica, ressalta que para o bom êxito de um serviço, que realize o acolhimento de mulheres usuárias de álcool e outras drogas e

seus filhos recém-nascidos, é preciso que, além de proteção social e construção da autonomia, considerem-se questões relativas às necessidades de saúde. Deve-se atentar para as questões decorrentes do consumo dessas substâncias e o fortalecimento do vínculo e do cuidado, possibilitando à mãe incluir no seu projeto de vida o seu papel de cuidado, proteção e afeto em relação ao(s) filho(s), promovendo, assim, a proteção e o desenvolvimento saudável da criança (BRASIL, 2016b). Para este alcance, os profissionais de saúde precisam se abster de julgamentos, precisa compreender o espaço que a droga ocupa na vida da família e, especialmente, da gestante, avaliando subjetivamente o impacto da relação sujeito/droga, estimulando o autocuidado e o cuidado do outro (BRASIL, 2012a). Afinal, é essa rede (composta por familiares, profissionais de saúde, 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 consumo de álcool e outras drogas na gestação (BRASIL, 2003).

Em relação à vinculação com o profissional de enfermagem, evidencia-se que as mulheres participantes, por não comparecerem regularmente ao pré-natal, não conseguiram estabelecer vínculo com a Enfermagem. Ressalta-se, entretanto, que o vínculo ocorreu entre mulheres e ACS, e entre as mulheres e os Redutores de Danos. Estes vão até a população, dialogam e trocam não apenas os equipamentos, mas sentimentos, informações e experiências de vida na comunidade. Eles desenvolvem inúmeras atividades: distribuem na comunidade material informativo e educativo, realizam oficinas em instituições para discutir uso de drogas e sexualidade, fornecem acesso aos preservativos masculinos e femininos, e às seringas novas, ensinam formas de diminuir o risco, incluindo a negociação sexual com o parceiro sobre sexo seguro e uso do preservativo. Dispõe-se a uma atitude participativa, com respeito às diferenças e com ética (CONTE et al., 2014).

Ressalta-se o efeito de uma simples troca de seringa para uso de uma possível participante do estudo, que naquele momento atendeu ao critério de exclusão da pesquisa (estava sob efeito severo da droga), onde, pôde-se observar que este simples ato tomou significações de laço social, de inclusão e de cidadania. Junto com a troca de seringas os usuários, ao se sentirem investidos, passam a trocar olhares, cuidados, informações, pedidos de encaminhamentos e demanda para tratamento da dependência química, entre outros (CONTE et al., 2014).

Da mesma forma, observa-se também a vinculação cliente-ACS. Neste estudo, por exemplo, uma participante referiu realizar as consultas de pré-natal devido à orientação e incentivo de uma ACS:

Fui ao posto, falei pra... (fala o nome da ACS) que eu queria papel de uma ultra, ela não quis me dar, conversou comigo, fez eu fazer pré-natal, e então eu fiz meu pré natal. (Magda)

Esta afirmativa reforça a necessidade de atuação em equipe, onde o ACS deve ser compreendido como um parceiro da atuação da Enfermagem e demais profissionais de saúde da Atenção Básica. Essa relação de vínculo com o ACS também foi apontada em um estudo realizado no Rio Grande do Sul, onde os pesquisadores constataram que os ACSs acreditam que estabelecer vínculo é relacionar-se com o outro, através dos laços de amizade. O profissional assume um compromisso com a comunidade, e os usuários estabelecem com o trabalhador uma relação de confiança para expor as dificuldades que vivenciam (CARLI et al., 2014). O ACS costuma ser o corresponsável na adesão de uma mulher aos serviços de saúde, devido à maior facilidade de vínculo e acolhimento que ele estabelece (AQUINO, 2014).

O Ministério da Saúde, juntamente com os profissionais de saúde, tem o compromisso de promover ações que proporcionem a maternidade com segurança. Ao cuidar de gestantes usuárias de álcool e outras drogas, além da garantia do pré-natal, da atenção humanizada, dentre outras ações, faz-se necessária uma atenção individualizada e mais próxima, devido à maior probabilidade de desenvolvimento de intercorrências (BRASIL, 2010). Por isso, é importante a existência de uma relação de intensa confiança que permeiem a equipe de saúde, a gestante e seus familiares, para que as vulnerabilidades possam ser identificadas e assim criar alternativas de controle (BRASIL, 2012a).

Outra questão identificada na pesquisa e que envolve a vulnerabilidade individual diz respeito ao aumento da pressão arterial. O Ministério da Saúde define hipertensão arterial como pressão arterial igual ou maior que 140/90mmHg baseada na média de pelo menos duas medidas. Define também hipertensão crônica como aquela observada antes da gravidez, ou antes de 20 semanas de gestação, ou diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez, que não se resolve em até 12 semanas após o parto (BRASIL, 2010).

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia ocorre quando a hipertensão arterial surge depois de 20 semanas de gestação (ou antes, em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropisia fetal) acompanhada de proteinúria, desaparecendo até 12 semanas após o parto. Na ausência

de proteinúria, suspeita-se de pré-eclâmpsia quando a pressão elevada aparece acompanhada por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2010).

Neste estudo, uma mulher referiu ter aumento de pressão arterial (PA) somente por ocasião da gravidez. Ela referiu ainda que logo após o parto a sua PA já estava normalizada:

Porque eu cheguei na maternidade com problema de pressão ai eles já foram comigo fazer a cesárea, porque eu chego com uma pressão muito alta. Não sei se é nervosismo meu, não sei o que é, aí ela já vem alta e eles descem comigo. Só foi uma vez só e mesmo assim depois que eu acabei de ganhar a pressão voltou a normal. (Magda)

É importante ressaltar que esta mulher que possui alteração em sua pressão arterial também fazia uso e abuso de álcool e outras drogas. O consumo de álcool pode desencadear diversas consequências para o organismo materno, principalmente, para a mulher com diagnóstico de doença hipertensiva na gravidez (SILVA, 2016). Isso se deve ao fato de algumas das medidas para se controlar a hipertensão arterial na gestação são métodos não farmacológicos, tais como: restrição de atividade física, abstinência do consumo de álcool e cigarro, além da redução da ingestão de substâncias que contenham cafeína (SIQUEIRA et al., 2011).

O consumo de outras drogas, sobretudo a cocaína, também, pode desencadear alteração na pressão arterial. Embora não exista um consenso sobre a quantidade de dose de cocaína, acredita-se que o uso de aproximadamente 2 a 4 mg/kg determine redução discreta do fluxo coronariano e aumento da mesma magnitude na frequência cardíaca e na pressão arterial. Dado seu efeito vasoconstritor, o consumo da cocaína pode provocar hipertensão arterial, taquicardia e arritmias, precipitando crises hipertensivas (NUNES et al., 2014).

O crack, por sua vez, age no Sistema Nervoso Central (SNC) causando efeitos como: sensações de euforia, ansiedade, estado do alerta, etc. O resultado desses efeitos provoca o aumento da pressão arterial e da frequência cardíaca, favorecendo assim, o risco de convulsão, infarto e acidente vascular cerebral (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015). O crack merece destaque devido aos riscos apresentados, à associação a um padrão compulsivo e ao estilo de vida adotado por seus usuários. Essa substância vem se aproximando dos grupos populacionais de maior vulnerabilidade social, tais como as gestantes (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Geralmente essas mulheres não têm uma gravidez saudável, pois as drogas de abuso levam-nas ao descaso com sua saúde e à banalização das complicações gestacionais, embora

poucos estudos brasileiros tenham associado os efeitos das drogas de abuso no ciclo gravídico puerperal com os fatores de vulnerabilidade (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

É de extrema relevância reconhecer o uso e abuso de drogas na gestação como um problema de saúde pública. O impacto das drogas na vida dessas mulheres é ainda maior, pois além das complicações obstétricas e perinatais, o uso de álcool e outras substâncias podem influenciar de maneira negativa na experiência da gestação, parto, puerpério e, conseqüentemente, na relação (estabelecimento/fortalecimento de vínculo) mãe e filho (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

Desse modo, fica evidente a importância de se realizar estudos que abordem aspectos relacionados à vulnerabilidade e não somente aos comportamentos de risco. Na medida em que se trabalha sob a perspectiva da vulnerabilidade, é possível se ter um olhar mais abrangente sobre a complexidade de fatores que envolvem uma gestação sob o uso de álcool e outras drogas. Assim, pretende-se diminuir a culpabilização da mulher, estimulando-se um cuidado que extrapole os limites do âmbito biológico (MARANGONI; OLIVEIRA, 2012).

A enfermagem, ao compreender as vivências das gestantes vulneráveis ao álcool e outras drogas, fornece elementos substanciais para a prática de um cuidado humanizado e compreensivo. Cuidado este que se torna sensível a essa problemática e às necessidades individuais, com o qual é desenvolvido um relacionamento dentro do espaço dos direitos fundamentais das mulheres e das crianças (MATTAR; DINIZ, 2012).

Assim, é fundamental que as políticas sociais atentem para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população, na construção de estratégias que atuem para a redução da vulnerabilidade ocasionada por situações em que as variáveis de garantia dos direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população. A implementação de políticas públicas preventivas de combate ao uso de álcool e outras drogas, em especial em mulheres em idade fértil ou com comorbidades, a partir da identificação nas comunidades e locais de maior vulnerabilidade para a drogas poderão contribuir para as ações assistenciais e preventivas neste importante problema de saúde pública.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu reafirmar-se que o uso de álcool e outras drogas em gestantes continua sendo um sério problema a ser solucionado e que ainda não foi possível identificar-se uma estratégia eficiente para o cuidado de enfermagem a esta clientela. Contudo, é inegável que as consultas de pré-natal, ainda que sejam feitas através de busca ativa, sejam a melhor forma de abordagem para a redução de danos relacionados ao uso e abuso dessas substâncias, bem como para o fornecimento de informações a cerca dos malefícios ocasionados, principalmente ao feto. Apesar da importância do acompanhamento pré-natal, e desta ser uma das práticas dos enfermeiros na Atenção Básica, estas mulheres não conseguem identificar a atuação destes profissionais, e relacionam predominantemente esta aderência aos ACSs e Redutores de Danos. Ou seja, não há um vínculo claro das participantes com os profissionais de enfermagem das unidades estudadas. Todo o apoio perpassa pela intermediação de outra pessoa.

Posteriormente ao pré-natal, o parto também poderia representar outro momento de orientação e educação em saúde para estas mulheres. Contudo, observou-se que apesar das mulheres não terem sugestões de aprimoramento das maternidades às gestantes com histórico de consumo de álcool e outras drogas, o estudo identificou que práticas intervencionistas (e muitas vezes desnecessárias) ainda persistem como práticas obstétricas rotineiras, contrariando o que o novo modelo humanizado ao parto e nascimento recomenda.

O uso do referencial conceitual das tecnologias não invasivas de cuidados serviu como subsídio e orientação para o que, de fato, esperava-se que fosse mencionado como as práticas de cuidado da enfermagem/ enfermagem obstétrica. Apesar de serem consideradas práticas não invasivas em sua essência, observou-se que as mulheres as compreendiam como práticas “impostas” ou “incompreensíveis”, o que reforça a necessidade de uma abordagem diferenciada e individualizada para esta clientela.

Ao buscar aprofundar o conhecimento sobre as políticas públicas de saúde voltadas para o atendimento de mulheres com uso e abuso de álcool e outras drogas observou-se que há um hiato entre aquilo que se propõe como adequado e aquilo que de fato traz algum impacto na vida dessas mulheres. Destaca-se aqui o trabalho de ACSs e Redutores de Danos que conseguem estabelecer o vínculo tão necessário para a adesão mínima dessas mulheres aos programas. Campanhas e ações preventivas são importantes para o aumento da cobertura

nas áreas de maior vulnerabilidade da cidade, assim como programas de apoio à gestante e a sua família dentro de uma política de cuidado e atenção integral, multiprofissional e transdisciplinar.

O referencial teórico fundamentado na Teoria da Transição, foi útil para a construção da análise das narrativas. A ajudou na compreensão das transições que as participantes do estudo atravessam: do tipo desenvolvimental, com a passagem da condição de mulher à mãe, situacional, todas as implicações que o álcool e/ou as drogas podem trazer ao feto e saúde doença com o tratamento da Sífilis congênita.

Todas as mulheres desta pesquisa estavam em situação de vulnerabilidade individual, social e programática. Isto ficou evidente em vários momentos da narrativa das mulheres e da contextualização da pesquisa. De imediato devido ao local onde residem (zona periférica da cidade do Rio de Janeiro), além das condições de moradia, o fácil acesso ao álcool e às drogas, a ausência ou debilidade das relações familiares, as fragilidades físicas e psíquicas, e a exposição à todo tipo de violência. Intercorrências na gestação também foram mencionadas nas narrativas, tais como: aumento da pressão arterial e o diagnóstico de ISTs, como a sífilis, corroborando com outras pesquisas que tratam de gestantes com histórico de consumo de álcool e drogas.

A real extensão dos danos que o uso do álcool e outras drogas podem causar na gravidez, principalmente, ao feto, continua desconhecida. Os efeitos em longo prazo são ainda mais difíceis de serem detectados, devido reduzidos estudos sobre o assunto, e nenhuma das mulheres mencionou tal observação nas entrevistas. Um dos fatores que dificulta um diagnóstico/avaliação dos efeitos das drogas ao feto/ crianças é o fato de que, muitas das vezes, as gestantes fazem uso concomitante de várias substâncias entorpecentes diferentes no decorrer da gestação, conforme reforçado neste estudo. Pressupõe-se que como estas mulheres frequentemente não ficam com seus filhos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dessas crianças, tendo como característica serem filhos de mulheres que consumiram álcool ou drogas durante a gestação, parto e pós-parto, seja ainda mais difícil para os profissionais de saúde.

Assim, considera-se que esta pesquisa atendeu aos seus objetivos, uma vez que por meio das narrativas foi possível analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem, à mulher com uso e abuso de álcool e outras drogas na gestação, parto e puerpério, na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde. Bem

como identificou a fragilidade no tipo de vinculação estabelecida entre o profissional de enfermagem e a mulher que usa e abusa de álcool e outras drogas.

Ressalta-se como limitação do estudo, o número reduzido de participantes, devido à dificuldade em coletar as narrativas de vida no domicílio das participantes em função da situação de violência nas comunidades cenários da pesquisa com a ocupação das forças armadas e a vulnerabilidade da pesquisadora e participantes em abordar temática que envolve o uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas.

Tendo em vista a dimensão do problema do álcool e de outras drogas no país, é extremamente relevante o estímulo à produção científica nesta temática, essencialmente, estudos científicos que abordem novas tecnologias para a atuação da equipe de enfermagem em sua prática assistencial.

REFERÊNCIAS

- ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, set./out. 2014.
- ALVES, V. S. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discurso político, saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2309-2319, 2009.
- ANTONIASSI JÚNIOR, G.; GAYA, C. M. Implicações do uso de álcool, tabaco e outras drogas na vida do universitário. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 67-74, jan./mar. 2015.
- AQUINO, M. G. C. **O Agente Comunitário de Saúde na atenção à gestante e a puérpera: repercussões de uma estratégia de educação permanente**. 2014. 67f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ARAN, M.; PEIXOTO JUNIOR, C. A. Vulnerabilidade e vida nua: bioética e biopolítica na atualidade. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 849-857, out. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000500020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 set. 2016.
- ARANTES, E. O. **O teste anti-Hiv sob a ótica das mulheres: contribuições para a enfermagem**. 2014. 137f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.
- ARAÚJO, A. J. S. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.
- ASSUNÇÃO, A. N. **Alcoolismo e ensino de enfermagem: convergências e divergências entre o discurso e a prática**. 2000. 156f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Pelotas, Rio Grande do Sul, 2000.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 11-22, 2009.
- _____. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. **Bol. Epidemiol.**, [s.l.], v. 15, n. 3, p. 2-4, 1997.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.117-139.

AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 375-418.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R. C. M.; BUCHALLA, C. M. (Org.). **Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde**. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p. 9-22.

AZEVEDO, C. S. **Sob o domínio da urgência**: o trabalho de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro. 2005. 351f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

BARRETO, A. M. **Nove meses de consumo**: da maternidade à vulnerabilidade. 2012. 140f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2012.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N.; HACKER, M. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl.1, p. 109-117, jun. 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32440/34682>>. Acesso em: 12 jun. 2016.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida**: a pesquisa e seus métodos. Tradução de Zuleide Alves Cardoso Cavalcante, Denise Maria Gurgel Lavallée. Natal: EDUFRN; São Paulo: Paulus, 2010.

BERTOLOZZI, M. R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1326-1330, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600031&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mar. 2017.

BEZERRA, D. A. **Um estudo sobre o impacto do tabagismo e alcoolismo no gasto público com saúde no Brasil**. 2015. 42f. Dissertação (Mestrado Profissional em Economia) – Programa de Pós-graduação em Economia, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2015.

BOBROFF, M. C. C. **Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem**: construção de instrumentos. 2003. 149 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 200 p.

BRASIL. Decreto nº 4.345/2002 de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 ago. 2002, Seção 1, p. 3.

BRASIL. Decreto nº 7.053 de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 dez. 2009a. Seção 1, p. 16.

_____. Lei nº 12.010, de 3 de agosto de 2009. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 04 ago. 2009b. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 6.368 de 29 de novembro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 29 nov. 1976, Seção 1, p. 15557.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 08 abr. 2005a.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome. Política Nacional de **Assistência Social PNAS/2004**: norma operacional básica –NOB/SUAS. Brasília, DF, 2005b.

_____. Ministério da Educação. Resolução CNE/CES, de 7 de novembro de 2001. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. **Diário Oficial [da] União**, Brasília, DF, 9 nov. 2001.

_____. Ministério da Justiça. **Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas**. Políticas e Legislações. Brasília, DF, [2016a]. Disponível em: <http://obid.senad.gov.br/obid/pessoas-sujeitos-drogas-e-sociedade/politicas-e-legislacoes>. Acesso em: 2 ago. 2016.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **Nota Técnica conjunta sobre Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos**. Brasília, DF, 2016b.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF, 2014a. 465f.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação de transmissão vertical**. Brasília, DF, 2014b. 84f.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio BRASIL. à Gestão Participativa. **Saúde da população em situação de rua: um direito humano**. Brasília, DF, 2014c. 38p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**, Brasília, DF, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo**. Brasília, DF, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual sobre o cuidado a saúde junto à população em situação de rua**. Brasília, DF, 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. **Nota técnica conjunta nº 001-SAS e SGEP**. Brasília, DF, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de Hiv, sífilis e hepatites virais**. Brasília, DF, 2015b. 140f.

_____. 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**. 2. ed. Brasília, DF, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida de Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal 2002–2003**. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**. Brasília, DF, 2017. 51 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. **Programa de Avaliação para a Qualificação do Sistema Único de Saúde**. Brasília, DF, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização**. Brasília, DF, 2003.

_____. Secretaria Nacional Antidrogas. **I Levantamento nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira**. Brasília, DF: SENAD, 2007.

BRUGGEMANN, O. M. **Resgatando a história obstétrica para vislumbrar a melodia da humanização**. In: OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M.; BRUGGEMANN, O. M. A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001. p. 23-36.

- CALHEIROS, P.; ANDRETTA, I. E.; OLIVEIRA, M. **Avaliação da motivação para mudança nos comportamentos adictivos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006 apud SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicol. Teor. Prática**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 162-173, 2008.
- CAMARGO, P. O. **A visão da mulher usuária de cocaína/crack sobre a experiência da maternidade**: vivência entre mãe e filho. 2014. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.
- CAMARGO, P. O.; MARTINS, M. F. D. Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: uma revisão bibliográfica. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. supl. esp., p. 161-169, 2014.
- CARLI, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, jul./set. 2014.
- CARLINI, E. A. et al. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2002.
- CARRARO, T. E.; RASSOOL, G. H.; LUIS, M. A. V. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. esp., p. 863-871, out. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692005000700014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.
- CARRAZZA, M. Z. et al. Exposição à cocaína via leite materno. **Acta Pediatr. Port.**, v. 44, n. 2, p. 71-73, 2013.
- CARVALHO, J. E. S.; LIOTTI, D. B. M.; LENZ, M. C. R. CAPS ad e alcoólicos anônimos: o processo de tratamento sob o ponto de vista dos usuários. **Cad. Bras. Saúde Mental**, Florianópolis, v. 7, n. 16, p.41-61, 2015.
- CAVALSAN, J. P. et al. Tabagismo e Gravidez. **Revista Debates em Psiquiatria**, [S.l.], ano 7, n. 2, p. 27-32. mar./abr. 2017. Disponível em: <<http://www.abp.org.br/portal/revista-debates-em-psiquiatria-ano-7-%E2%80%A2-n2-%E2%80%A2-marabr-2017-%E2%80%A2-pag-27-32/>>. Acesso em: 20 out. 2017.
- CHICK, N.; MELEIS, A. I. **Transitions**: a nursing concern. Pennsylvania: University of Pennsylvania, 1986.
- CONTE, M. et al. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da Atenção Básica. **Bol. Saúde**, Porto Alegre, v. 18, n. 1, jan./jun. 2014.
- COUTINHO, T. et al. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 1, jan./fev. 2014.
- DAVIS-FLOYD, R. The technocratic, humanistic, and holistic paradigms of childbirth. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, Baltimore, v.75, Suppl. 1, p. S5-S23, 2001.

DAYRELL, M. **Drogas e vulnerabilidade à morte por homicídios**: um estudo em uma área urbana. 2011. 105f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

DÉA, H. R. F. D. et al. A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. **Psicol. Ciênc. Prof.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 108-115, 2004.

DELGADO, P. G.; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: ANDRADE, T. M. **O uso de substância psicoativa no Brasil**: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Módulo 1. 4. ed. Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. p. 44-51.

FEIJÓ, M. C.; ASSIS, S. G. O contexto de exclusão social e de vulnerabilidades de jovens infratores e de suas famílias. **Estud. Psicol.**, Natal, v. 9, n. 1, p. 157-166, 2014.

FERREIRA, A. D. H. **Novo Aurélio século XXI**. O dicionário da Língua Portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, L. N. et al. Perfil do consumo de bebidas alcoólicas e fatores associados em um município do Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p. 1473-1486, ago. 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Práticas de enfermagem**: fundamentos, conceitos, situações e exercícios. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2002. 480 f.

FIORE, M. O lugar do Estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **Novos estud. - CEBRAP**, São Paulo, n. 92, p. 9-21, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-33002012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.

FORTES, F. A. P. **A repressão e a proibição ao comércio de “drogas ilícitas”**: uma análise a partir do inc. XlIII do art. 5º da constituição federal. 2010. 220f. Dissertação (Mestrado em Direito) – Programa de Pós-Graduação em Direito, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FREIRE, M. E. M.; SILVA, E. G. S.; ALMEIDA, N. B. Repercussões do tabagismo na gestação. **In saúde**, João Pessoa, v. 2, n. 6, p. 20-27, 2011.

GAMA, J. R. A. A reforma psiquiátrica e seus críticos: considerações sobre a noção de doença mental e seus efeitos assistenciais. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p.1397-1417, 2012.

GARCIA, M. L. T.; LEAL, F. X.; ABREU, C. C. A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. **Psicol. Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 267-276, 2008.

GOMES, M. A.; PEREIRA, M. L. D. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 357-363, abr. 2015.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

HORTA, R. L et al. Condições associadas à cessação do uso de crack entre usuários em atendimento. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 23, n. 4, p. 887-899, dez. 2015.

HOUAISS, A. M. S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

HURTADO, A. M. M. Alcoolismo feminino: problemática social. **La Ventana**, [S.l.], n. 16, p. 78-95, 2012.

INSTITUTO PEREIRA PASSOS. **Armazém de dados**. 2016. Disponível em <<http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: 24 jan. 2017.

KACHANI, A. T. et al. Aleitamento Materno: quanto o álcool pode influenciar na saúde do bebê? **Pediatria**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 249-256, 2008.

KASSAD, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

KASSADA, D. S. et al. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000500010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 428-434, set. 2014.

KOERICH, M. S. et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. esp., p. 178-185, 2006.

KUCZKOWSKI, K. M. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. **J. Clin. Anesth.**, Stoneham, v. 15, n. 5, p. 382-304, Aug. 2003. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14507568>>. Acesso em: 12 ago. 2016.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 1, p. 115-124, mar. 2014.

LIMA, A. L. G. S.; PINTO, M. M. S. Fontes para a história dos 50 anos do Ministério da Saúde. **Hist. Ciênc. Saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 1037-1051, 2013.

LIMA, L. P. M. et al. O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. **Espac. Saude Rev. Saúde Pública Paraná**, Londrina, v. 16, n. 3, p. 39-46, jul./set. 2015.

LUCCHESI, P. T. R. et al. **Políticas públicas em saúde pública**. São Paulo: BIREME/OPAS/ OMS, 2002.

LUCCHESI, R. et al. Fatores associados ao uso nocivo do tabaco durante a gestação. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 325-331, jun. 2016.

MACEDO, P. O. et al. Percepção da dor pela mulher no pré-parto: a influência do ambiente. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 306-312, set. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n3/v13n3a03.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2017.

MACEDO, P. O. et al. Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica fundamentadas pela Teoria Ambientalista de Florene Nightingale. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 341- 347, jun. 2008.

MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Rev. Enferm. Contemporânea**, Salvador, v. 4, n. 2, p.121-128, jul./dez. 2015.

MARANDOLA JUNIOR, E.; HOGAN, D. J. As dimensões da vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar. 2006.

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Uso de crack por múltipara em vulnerabilidade social: história de vida. **Cienc. Cuid. Saúde**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 166-172, jan./mar. 2012.

MARINI, K.; WASCHBURGER, E. M. P. The Pregnancy Experience in Crack Users and Their Influence in the Formation of Maternal-Fetal bond. **Rev. Psicol. IMED**, Passo Fundo, v. 7, n. 2, p. 37-47, mar. 2016. Disponível em: <<https://seer.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/view/859>>. Acesso em: 20 out. 2017.

MARQUES, A. C. P. et al. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, p. 141-153, 2012.

MARTINS, C. R.; SASSO, G. T. M. D. Tecnologia: definições e reflexões para a prática em saúde e Enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 11-12, jan./mar. 2008.

MATTAR, L. D.; DINIZ, C. S. G. Hieraquias reprodutivas: maternidade e desigualdades no exercício de direitos humanos pelas mulheres. **Interface (Botucatu)**, v. 16, n. 40, p. 107-120, mar. 2012.

MEDEIROS, K. T. et al. Vivências e representações sobre o crack: um estudo com mulheres usuárias. **Psico-USF**, Itatiba, v. 20, n. 3, p. 517-528, dez. 2015.

MEDINA, E. T. **Tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica e seus efeitos sobre o trabalho de parto**: um estudo exploratório. 2003. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

MELEIS A. I. **Nursing theorists and their work**. 7. ed. London: Elsevier Mosby, 2009. p. 416-433.

_____. **Theoretical nursing**: development e progress. 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 2007. 832 p.

_____. **Transitions Theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company LLC, 2010.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Adv. Nurs. Sci.**, Sullivan, v. 23, n. 1, p. 12-28, 2000.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: _____. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71-112.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12.ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MUÑOZ, L. A. et al. Vivenciando a maternidade em contextos de vulnerabilidade social: uma abordagem compreensiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, jul./ago. 2013.

NASCIMENTO, N. M. et al. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 456-461, set. 2010.

NEVES, E. P.; VARGENS, O. M. C. La contribución de los programas de doctorado de enfermería ante los avances científicos e tecnológicos: el estudio de caso de Brasil - un análisis preliminar. In: WRIGHT, M. G. (Org.). **Los nuevos programas de doctorado en enfermería y su contribución en la reducción de la demanda de drogas en América Latina: retos y perspectivas**. Washington DC; Monterrey-México: CICAD-UANI, 2003. p. 9-24.

NIETSCHER, E. E.; LEOPARDI, M. T. O. O saber da enfermagem como tecnologia: a produção de enfermeiros brasileiros. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 1, p. 129-152, 2000.

NUNES, S. O. B. et al. Tabagismo, comorbidades e danos à saúde. In: NUNES, S. O. V.; CASTRO, M. R. P. (Org.). **Tabagismo: abordagem, prevenção e tratamento**. Londrina: EDUEL, 2011. p. 17-38.

NUNES, T. N. et al. O abuso de cocaína na gravidez. **Rev. Fac. Cienc. Med. Sorocaba**, Sorocaba, v.16, n. 4, p. 199-202, 2014.

OLIVEIRA, D. C.; MANDU, E. N. T. Women with high-risk pregnancy: experiences and perceptions of needs and care. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 93-101, mar. 2015.

OLIVEIRA, E. B. et al. Padrões de uso de álcool por trabalhadores de enfermagem e a associação com o trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp. 2, p. 729-735, dez. 2013.

OLIVEIRA, J. F.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 694-698, dez. 2007.

OLIVEIRA, J. F.; PAIVA, M. S. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 625-631, dez. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000400011 &lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.

OLIVETTI, R. F. **O tabagismo e suas consequências**: uma abordagem sobre a importância da adoção de hábitos saudáveis. 2013. 37f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Ensino de Ciências) - Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Medianeira, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Maternidade Segura- assistência ao parto normal**: um guia prático. Genebra, 1996.

_____. **Neurociências**: consumo e dependência de substâncias psicoativas. Genebra, 2004.

PACHECO, M. A. A. G. **Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas**: práticas terapêuticas no Projeto Consultório de Rua em Fortaleza, CE. 2013. 143f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade) - Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

PORTELA, G. L. C. et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **SMAD Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, ago. 2013.

PRATA, J. A.; PROGIANTI, J. M.; PEREIRA, A. L. F. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 105-110, jan./mar. 2012.

PROGIANTI, J. M. et al. Desmedicalização na assistência ao parto: uso de tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica. In: PROENF: saúde materna e neonatal. Rio de Janeiro: Artmed, 2009. p. 51-84.

PROGIANTI, J. M.; VARGENS, O. M. C. As enfermeiras obstétricas frente ao uso de tecnologias não invasivas de cuidado como estratégias na desmedicalização do parto. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 194-197, 2004.

RIBEIRO, H. L. et al. Efeitos do consumo de cannabis na gravidez e no período pós-parto. **Rev. debates psiquiat.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 16-24, mar./abr. 2016.

ROCHA, P. C. et al. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, 2016.

ROCHA, P. K. et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. **Rev. Bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 1, p. 113-116, jan./fev. 2008.

RODRIGUES, D. T.; NAKANO, A. M. S. Violência doméstica e abuso de drogas na gestação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 60, n. 1, p. 77-80, fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.

RODRIGUES, P. M.; ZERBETTO, S. R.; CICCILINI F. M. Percepção da equipe de enfermagem sobre os fatores de risco Para o consumo de drogas Pelas gestantes. **Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool Drug.**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 153-160, jul./set. 2015.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 581-586, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SANTANA, M. A. G. S. **Políticas públicas para enfrentar o crack em catalão (go), no limiar do século XXI: com CAPS e sem CREDEQ – entre dramas, reivindicações e expectativas.** 2015. 162f. Dissertação (Mestrado em Geografia) - Universidade Federal de Goiás, Goiânia, 2015.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, out./dez. 2008.

SANTOS, J. A. T.; OLIVEIRA, M. L. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 82-89, 2013.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 299-306, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. Transitions: A central concept in nursing. **Image J. Nurs. Sch.**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 119-127, 1994.

_____. Transicions: a central concept in nursing. In: MELEIS, A. I. **Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice.** New York: Springer Publishing Company, 2010. p. 38-51.

SEIBERT, S. L. **Tecnologias não-invasivas de cuidado de enfermagem obstétrica no suporte físico à parturiente: critérios e efeitos esperados.** 2010. 181f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SELEGHIM, M. R. et al. Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, set./out. 2011.

SENA, C. D. et al. Avanços e retrocessos da enfermagem obstétrica no brasil. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 2, n. 3, p. 523-529, set./dez. 2012.

SERRADILHA, F. Z.; GOMES, G. D.; VILA REAL, J. A. Aspectos da saúde mental e necessidades de mulheres dependentes de substâncias psicoativas. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 6, n. 1, p. 62-68, 2012.

SIEDERSBERGER NETO, L. Z. et al. Mortalidade infantil por malformações congênitas no Brasil, 1996-2008. **Revista AMRIGS**, Porto Alegre, v. 56, n. 2, p. 129-132, abr./jun. 2012.

SILVA, V. T. S. **Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG):** repercussão do recém-nascido. 2016. 48f. Trabalho de Conclusão (Curso de Fisioterapia) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2016.

SIQUEIRA, F. et al. Medicamentos anti-hipertensivos na gestação e puerpério. **Com. Ciências Saúde**, São Paulo, v. 22, supl.1, p. S55-S68, 2011.

SOUSA, A. M. M. et al. Práticas na assistência ao parto em maternidades com inserção de enfermeiras obstétricas, em Belo Horizonte, Minas Gerais. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 324-331, 2016.

SOUSA, P. F. et al. Dependentes químicos em tratamento: um estudo sobre a motivação para mudança. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 1, p. 259-268, jun. 2013.

SOUZA, L. M.; PINTO, M. G. Atuação do enfermeiro a usuários de álcool e de outras drogas na Saúde da Família. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia, v. 14, n. 2, p. 374-383, abr./jun. 2012. Disponível em: <<https://www.fen.ufg.br/revista/v14/n2/v14n2a18.htm>>. Acesso em: 13 jun. 2016.

SOUZA, M. R. R. **Repercussões do envolvimento com drogas para a saúde de mulheres atendidas em um CAPSad de Salvador** – BA. 2013. 123f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFBA, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

SOUZA, S. N. D. H.; MELLO, D. F.; AYRES, J. R. C. M. O aleitamento materno na perspectiva da vulnerabilidade programática e do cuidado. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1186-1194, jun. 2013.

SZUPSZYNSKI, K. P. D. R.; OLIVEIRA, M. S. O Modelo Transteórico no tratamento da dependência química. **Psicol. Teor. Prática**, São Paulo, v.10, n.1, p.162-173, 2008.

TENORIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **Hist. Ciênc. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan./abr. 2002.

TORRES, J. A. **Concepções de Tecnologia de Cuidado de Enfermagem Obstétrica:** estudo Sociopoético. 2006. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. C. Construindo uma concepção de tecnologias de cuidado de enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 656-664, out./dez. 2008.

VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014.

VOLPE, J. J. Effect of cocaine use on the fetus. **N. Engl. J. Med.**, Boston, v. 327, n. 6, p. 399-407, 2012.

WILSNACK, R. W. et al. Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. **Addiction**, London, v. 95, n. 2, p. 251-265, Feb. 2000. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10723854>>. Acesso em: 28 ago. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Substance abuse**. Geneva, 2016. Disponível em: <http://www.who.int/topics/substance_abuse/en/>. Acesso em: 20 ago. 2016.

WRONSKI, J. L. et al. Uso do crack na gestação: vivências de mulheres usuárias. **Rev. enferm. UFPE on line**, Recife, v. 10, n. 4, p. 1231-9, abr. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/141123>>. Acesso em: 20 set. 2016.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. 44-47, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832008000700010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 ago. 2016.

ZERBETTO, S. R.; MACIEL, L. D. Importância de capacitação sobre a problemática do álcool: percepção crítica dos profissionais de saúde. **Saúde**, Santa Maria, v. 43, n. 1, jan./abr. 2017.

ZORZAM, B. A. O. **Informação e escolhas no parto**: perspectivas das mulheres usuárias do SUS e da saúde suplementar. 2013. 225 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

APÊNDICE A – Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA
SUPERINTENDÊNCIA SUBSECRETARIA

Á Coordenadoria de Saúde da Área Programática 3.1 (A.P 3.1) da Secretaria de Saúde Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) declara apoio à realização do projeto de pesquisa intitulado “**Fundo do poço com o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Enfermagem**”, sob responsabilidade do(a) pesquisador(a) Enf^a Danielle Bessler (Mestranda) e Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora); Ciente dos objetivos, dos procedimentos metodológicos e de sua responsabilidade como pesquisador da referida Instituição Proponente/Co-participante, concedemos a anuência para o seu desenvolvimento.

Esta carta de anuência está condicionada ao cumprimento das determinações éticas da Resolução nº466/2012 CNS/CONEP e o projeto somente poderá iniciar mediante sua aprovação documental pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMS-RJ. Solicitamos que, ao concluir o estudo, o pesquisador apresente o relatório final da pesquisa para o(s) gestor(es) e equipe de saúde da(s) unidade(s) onde se desenvolveu o estudo.

No caso do não cumprimento, há liberdade de retirar esta anuência a qualquer momento sem incorrer em penalização alguma.

Rio de Janeiro, ____ / ____ / ____.

Assinatura e Carimbo do Responsável

APENDICE B – Carta de Apresentação da Pesquisa**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM**

Prezadas

Estou realizando uma pesquisa intitulada “**Fundo do poço com o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Enfermagem**” como pré-requisito para a obtenção do título de mestre em enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ).

A pesquisa é direcionada a mulheres que fizeram uso e abuso de álcool e drogas durante a gestação, parto e puerpério. Considerando-se a especificidade das participantes desta pesquisa, venho através deste, solicitar a colaboração de sua instituição, em aceitar ser um dos campos de pesquisa, e entrar em contato com a pesquisadora caso possuam mulheres com esse perfil e que atendam aos seguintes critérios de inclusão: Ter feito uso e abuso de álcool e drogas durante a gestação, parto e puerpério. Serão excluídas da pesquisa aquelas, que apesar de atenderem aos critérios de inclusão, apresentem algum transtorno mental que as impossibilitem de narrar objetivamente sua narrativa de vida.

Esclareço que a referida pesquisa é de cunho acadêmico e que os dados obtidos não serão analisados individualmente e, sim, no conjunto das narrativas. Um Termo de Assentimento, para menores de 18 anos, ou Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será lido conjuntamente com a mulher, antes da realização de cada entrevista, conforme estabelece a Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 do Conselho Nacional de Saúde e, posteriormente, assinado pela participante e ou seu representante legal.

Sua colaboração é fundamental para o desenvolvimento da pesquisa, e para o melhor entendimento da problemática relacionada à mulher com uso e abuso de álcool e drogas, durante o desenvolvimento da gestação, o momento do parto e o puerpério.

A sua colaboração é de grande valor.

Na certeza de estar contribuindo com a produção científica da enfermagem, antecipo meu agradecimento.

Cordialmente,

Danielle Bessler

Telefone celular: (21) 99808-9797

E-mail: daniellebessler@globob.com

APENDICE C – Termo de Assentimento



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “**Fundo do poço com o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Enfermagem**”, que tem como objetivo analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem da mulher com uso e abuso de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde.

A pesquisa terá duração de um ano com término previsto para dezembro de 2017. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados somente **nesta pesquisa** e os resultados, divulgados em eventos e/ou revistas científicas, preservando-se o anonimato.

Sua participação é **voluntária**, isto é, em qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não terá prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição aonde é atendida. Sua **participação** nessa pesquisa consistirá em responder uma entrevista aberta, sobre os cuidados que você recebeu dos profissionais de enfermagem durante sua gestação, parto e nascimento do seu filho. A entrevista será gravada em aparelho digital para posterior transcrição. Ao final da pesquisa, as gravações de áudio e transcrições referentes as entrevistas permanecerão arquivadas em CDs por um período de cinco anos. Após esse tempo, os CDs serão destruídos e descartados. **Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os riscos serão mínimos relacionados a sua participação e poderão ocorrer consequências de lembranças desagradáveis. Caso ocorra, você poderá interromper a entrevista. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para área de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento. Nos casos de dúvidas você deverá falar com seu responsável, para que ele entre em contato com a pesquisadora. Danielle Bessler – Mestranda em Enfermagem pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Endereço: Rua Boulevard Vinte e Oito de Setembro, 157 – Vila Isabel - Rio de Janeiro/RJ. E-mail: daniellebessler@globo.com Celular: (21) 99808-9797. Orientadora: Profª. Dra. Rosângela da Silva Santos. Endereço: Rua Boulevard Vinte e Oito de Setembro, 157 – Vila Isabel – Rio de Janeiro/RJ. E-mail: rosangelaufrj@gmail.com

Caso o responsável tenha dificuldade em entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em Pesquisa da UERJ: Rua São Francisco Xavier, 524, sala 3018, bloco E, 3º andar - Maracanã - Rio de Janeiro, RJ, e-mail: etica@uerj.br - Telefone: (021) 2334-2180.

Assentimento Livre e Esclarecido

Eu _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e assinado o TCLE, confirmo que a menor _____, recebeu todos os esclarecimentos necessários, e concorda em participar desta pesquisa. Desta forma, assino este termo, juntamente com a pesquisadora, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de _____.

Pesquisadoras responsáveis: Enfa Danielle Bessler (Mestranda). Celular (21)99808-9797 e Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora);

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil.

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova, RJ

CEP/SMSDC – RJ – Tel: 3971-1590/ email cepsms@rio.rj.gov.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura do(a) responsável: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APENDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada a participar do projeto de pesquisa “**Fundo do poço com o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Enfermagem**”, que tem como objetivo. analisar as praticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem da mulher com uso e abuso de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério na perspectiva da vulnerabilidade e das politicas publicas de saúde.

A pesquisa terá duração de um ano com termino previsto para dezembro de 2017. Suas respostas serão tratadas de forma **anônima** e **confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados coletados** serão utilizados somente **nesta pesquisa** e os resultados, divulgados em eventos e/ou revistas científicas, preservando-se o anonimato.

Sua participação é **voluntária**, isto é, em qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não terá prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição aonde é atendida. Sua **participação** nessa pesquisa consistirá em responder uma entrevista aberta, sobre os cuidados que você recebeu dos profissionais de enfermagem durante sua gestação, parto e nascimento do seu filho. A entrevista será gravada em aparelho digital para posterior transcrição. Ao final da pesquisa, as gravações de áudio e transcrições referentes às entrevistas permanecerão arquivadas em CDs por um período de cinco anos. Após esse tempo, os CDs serão destruídos e descartados. **Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras**. Os riscos serão mínimos relacionados a sua participação e poderão ocorrer consequências de lembranças desagradáveis. Caso ocorra, você poderá interromper a entrevista. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para área de saúde.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone/e-mail da pesquisadora responsável, podendo tirar suas duvidas sobre o projeto e participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos.

Pesquisadoras responsáveis: Enf^a Danielle Bessler (Mestranda). Celular (21)99808-9797 e Dra. Rosângela da Silva Santos (Orientadora);

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saude e Defesa Civil.

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 716 – Cidade Nova, RJ

CEP/SMSDC – RJ – Tel: 3971-1590/ email cepsms@rio.rj.gov.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste termo de consentimento e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 20____.

Assinatura da participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APENDICE E – Roteiro de Entrevista da Pesquisa**Fundo do poço com o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da Enfermagem**

Identificação:

Estado civil:

Grau de escolaridade:

Renda familiar:

Idade atual:

Situação da moradia: onde vive/ tipo de moradia/com quem mora

Número de gestações, abortos e filhos: Tipo de parto:

Realização de pré-natal: () sim. Quantas consultas? _____

() não

Questão Norteadora da Entrevista: “Fale dos cuidados que você recebeu dos profissionais de enfermagem na gestação, parto e após o parto e nascimento do seu filho”.

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fundo do poço com o uso de álcool e drogas na perspectiva da enfermagem

Pesquisador: DANIELLE BESSLER

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 65449217.5.3001.5279

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.078.350

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, que tem como objetivo. Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

* Objetivo Primário:

- Analisar as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais de enfermagem, à mulher com uso e abuso de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério, na perspectiva da vulnerabilidade e das políticas públicas de saúde.

* Objetivo Secundário:

- Descrever as práticas de cuidado desenvolvidas por profissionais da enfermagem à mulher com uso e abuso de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério;
- Identificar a vinculação estabelecida do profissional com a mulher que usa e abusa de álcool e outras drogas;
- Discutir a vulnerabilidade da mulher que usa e abusa de álcool e drogas na gestação, parto e puerpério na perspectiva das políticas públicas.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.078.350

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

* Riscos:

- A pesquisa poderá apresentar riscos mínimos relacionados às lembranças de experiências que reportem a situações de desconforto e/ou dificuldades vividas, caso isto ocorra, a entrevista será interrompida para restabelecimento emocional da participante até que se sinta à vontade para retomar, ou não, de acordo com seu desejo. Em caso de necessidade, poderá ser encaminhada ao atendimento psicológico da instituição.

* Benefícios:

- O benefício relacionado à participação será de aumentar o conhecimento científico para área de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se dentro dos padrões.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram inseridos no estudo.

Recomendações:

O título não confere com os documentos apresentados, favor verificar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após o encaminhamento das pendências/inadequações, via Plataforma Brasil, o projeto de pesquisa deverá ser submetido a uma nova avaliação por este Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	29/03/2017		Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



Continuação do Parecer: 2.078.350

Básicas do Projeto	ETO_861052.pdf	10:38:49		Aceito
Outros	apresentacao.pdf	29/03/2017 10:36:53	DANIELLE BESSLER	Aceito
Outros	anuencia.pdf	29/03/2017 10:24:03	DANIELLE BESSLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	assentimento.pdf	29/03/2017 10:21:53	DANIELLE BESSLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	29/03/2017 10:20:18	DANIELLE BESSLER	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_861052.pdf	07/02/2017 15:17:04		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/02/2017 02:50:23	DANIELLE BESSLER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	07/02/2017 02:36:18	DANIELLE BESSLER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	07/02/2017 02:35:42	DANIELLE BESSLER	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	07/02/2017 02:25:35	DANIELLE BESSLER	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 23 de Maio de 2017

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br