



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Viviane de Melo Souza

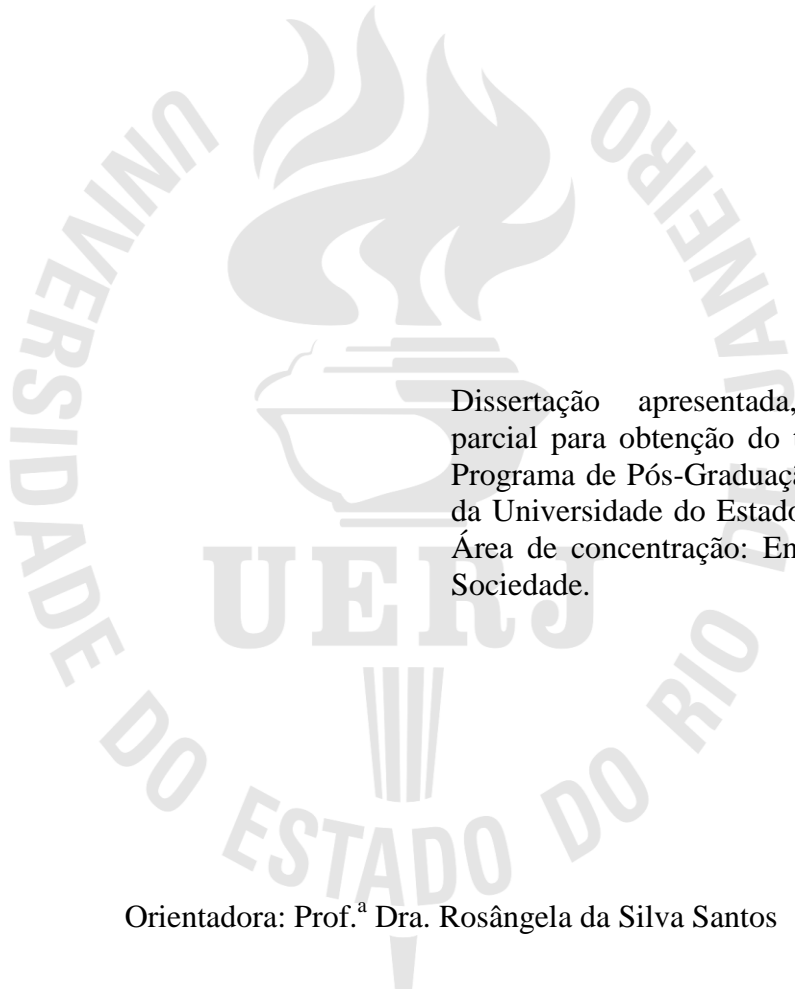
**A vulnerabilidade de mãe adolescente em consumo problemático de álcool e
outras drogas em relação à hospitalização do filho**

Rio de Janeiro

2019

Viviane de Melo Souza

A vulnerabilidade de mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho



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. Rosângela da Silva Santos

Rio de Janeiro

2019

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/BIBLIOTECA CB/B

S729

Souza, Viviane de Melo.

A vulnerabilidade de mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho. Viviane de Melo Souza. – 2019.

140 f.

Orientadora: Rosângela da Silva Santos

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Mães adolescentes. 2. Adolescentes - Uso de drogas. 3. Vulnerabilidade em saúde. 4. Relações mãe-filho. 5. Cuidados de Enfermagem. 6. Humanização da assistência I. Santos, Rosângela da Silva. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU

614.253.5

Adriana Caamaño CRB7/5235

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

Assinatura

Data

Viviane de Melo Souza

A vulnerabilidade de mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho

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 18 de dezembro de 2019.

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. Inês Maria Meneses dos Santos

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todas as mães adolescentes que passaram pela minha vida enquanto enfermeira da UTI neonatal, demonstrando sua força e garra no dia-a-dia vivenciando cada detalhe da internação do seu filho, nos dando exemplo de menina, mulher e mãe.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela possibilidade de ingressar neste Programa de Pós-Graduação, pois sem ele nada disso teria sido proporcionado.

À minha família, meu alicerce total nesse processo de construção. Minha mãe com sua doçura sempre me apoiando, nas inúmeras vezes em que me via estudando sempre fez questão de cuidar de mim, seja nos copos de água, seja nos lanchinhos para que eu não precisasse levantar e perder a concentração durante os momentos de leitura e dedicação. Ao meu pai, a quem eu devo profundo respeito, que sempre me colocou em suas orações e acreditava na minha vitória. Minha irmã, Edilaine, uma mulher incrível! Sempre me incentivou, fazendo questão de mostrar a todos o quanto me admirava (sendo que sou eu quem a admiro!). Ao meu irmão, Bruno, que mesmo no seu silêncio e discrição esteve ao meu lado, me dando conselhos e carinho mesmo de longe. Aos meus cunhados, Renato e Lucília, que fazem parte da nossa família e que sabe que quando um de nós tem a vitória, todos nós somos vitoriosos juntos. À minha família só tenho a agradecer pelo apoio, incentivo e por acreditarem que eu pudesse chegar até aqui.

Alguns amigos de vida e de trabalho se destacaram nessa empreitada: Lívia Fajin, minha amiga e maior incentivadora para que eu ingressasse no mestrado, mesmo sendo aprovada apenas na terceira tentativa e mesmo de longe, torcemos uma pela outra. Ao meu amigo Eric Pereira, com quem divido a labuta diária, que na nossa irmandade fez com que eu aprendesse cada vez mais o universo da pesquisa. Ao meu grupo de pesquisa por todas as suas contribuições para que eu me aprimorasse cada vez mais, em especial as amigas Tharine Caires (minha amiga de estudos, cinema, almoços, viagens), Janaina Janini e Renata Passos, minhas grandes parceiras em toda essa trajetória, cada uma com seu jeitinho, com sua particularidade e carinho comigo. Aos meus eternos coordenadores e amigos de trabalho, Jaqueline Martins, Mauricio Cupello e Joelma Pinto, por todo o apoio, amizade, compreensão e auxílio. Em tão pouco tempo vocês me conquistaram com a sabedoria e liderança que só vocês têm. À minha amiga, Helga Pitta, que ingressou no trabalho comigo, sempre juntas em todos os momentos, virou uma irmã de desabafos, angústias e vitórias como essa. Ao meu amigo Allan Mazzoni, um irmão que virou um grande parceiro de vida e de muitos estudos. Às amigas Taiana, Luciana, Barbara, Monique, Alexandra, minhas melhores! Amigas que estão comigo há muitos anos e que, mesmo de longe estão torcendo por mim. Sou muito fã de cada uma de vocês!

Quero muito agradecer aquela que foi a minha maior inspiração de trabalho. À minha orientadora, que além de professora, se tornou uma grande mãe, amiga, parceira. Que me respondeu por tantas madrugadas aos meus e-mails. Que me acolheu no seu grupo de pesquisa sem nem me conhecer. Que acreditou que eu pudesse e que me mostrou o quanto eu seria feliz em investir no assunto que eu sempre quis, que me poupou nos meus momentos de tristeza de cunho pessoal e me ajudou até nos momentos de aflição, vindo com toda sua calma e paciência, dizendo que estava comigo ao meu lado. E ela estava! E continua comigo, sejam em situações pessoais e profissionais, se tornando uma grande amiga e uma mulher a quem eu tenho um profundo respeito. Aquela que ao me ver chorar, me abraçou! Aquela que onde estava, lembrava de mim (incluindo na Bienal!). Àquela que fez brotar um sentimento de ternura e gratidão que não caberia nesse texto. Uma mulher que admiro cada vez mais!

À minha banca de examinadores, Dra. Ana Barreto, que mesmo sem me conhecer foi extremamente solícita e carinhosa com o meu trabalho, entendendo o meu amor pelas adolescentes. Corroborando a ela, a Dra. Inês Meneses, a quem sempre tive fascínio pela ternura com a UTI Neonatal, seus trabalhos sempre com muito amor pela profissão me fazem cada vez mais admirá-la. Ao professor Dr. Elias Barbosa, com sua ampla bagagem na Saúde Mental, me fazendo ter um novo olhar acerca desta temática, tão desafiadora e provocante para mim. E a professora Dra. Thelma Spíndola, uma mulher incrível, uma professora tão carinhosa, que tive o prazer de ter aulas ministradas durante o mestrado, e que direta e indiretamente, me ajudou e fez valiosas contribuições ao meu projeto. Seu carinho, atenção e cuidado são extraordinários.

Foi graças a essas pessoas e seus incentivos que recebi neste período que hoje posso celebrar este marco em minha vida. A todos meus sinceros agradecimentos!

Não há nada que não se consiga com a força de vontade, a bondade e, principalmente, o amor.

Cícero

RESUMO

SOUZA, Viviane de Melo. **A vulnerabilidade de mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho**. 2019. 140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Estudo sobre a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho. Objeto de estudo: a vulnerabilidade da mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do seu filho. Questões norteadoras: Que tipo de transição a adolescente que se tornou mãe, em uso de álcool e outras drogas apresenta em relação à hospitalização do seu filho? Quais são os fatores que favorecem a internação dos filhos de adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas? Que tipo de vulnerabilidade essas mães adolescentes apresentam? Objetivos: Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho; Descrever a vulnerabilidade da adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado; Identificar o processo de transição dessas mães adolescentes em relação à hospitalização do seu filho; Discutir os fatores que influenciaram na transição de mães adolescentes com filho internado. Método: narrativa de vida. Cenários de estudo: duas maternidades. Participantes: 13 adolescentes com filhos internados. Teve-se aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e da Secretaria Municipal de Nova Iguaçu. As narrativas foram coletadas por entrevista aberta com a questão: “Fale-me a respeito da sua vida que tenha relação com a internação do seu filho”. Realizou-se análise temática e comparativa das narrativas das entrevistadas, na perspectiva teórica da Vulnerabilidade e da teoria da transição. Emergiu das narrativas a categoria: a vulnerabilidade das mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do filho, com três subcategorias: O álcool como porta de entrada para o consumo de outras drogas; o consumo da droga e a internação do filho como situação adversa na vida da mãe adolescente; e o processo de transição das mães adolescentes e sua maternagem modificada. Resultados: evidenciou adolescentes negras, baixo índice de escolaridade, moradoras da Zona Norte do Rio de Janeiro, renda mensal de até dois salários mínimos, que vivem o contexto violento da localidade que estão inseridas. O álcool é o primeiro consumo. Discussão: a maternagem é evidenciada nas narrativas ao retratar a hospitalização do filho. As adolescentes apresentam vulnerabilidade individual, social e programática no contexto do uso da droga e na internação do filho. A enfermagem tem amplo espaço de atuação nos cuidados à adolescente no ciclo gravídico puerperal e no cuidado a este bebê internado. Considerações Finais: o profissional de enfermagem deve estabelecer cuidado individualizado, contínuo e competente, com acolhimento e humanização da assistência contribuindo para que ocorra transição saudável das adolescentes que têm filho internado.

Palavras-chave: Adolescente. Usuários de drogas. Maternagem. Enfermagem. Vulnerabilidade. Transição.

ABSTRACT

SOUZA, Viviane de Melo. **The vulnerability of the teenage mother on problematic abuse of alcohol and other drugs in relation to her child's hospitalization.** 2019. 140 f.
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

Study about the vulnerability of the teenage mothers on problematic abuse of alcohol and other drugs in relation to their child's hospitalization. Study object: the vulnerability of the teenage mother on problematic abuse of alcohol and other drugs in relation to her child's hospitalization. Guiding questions: What kind of transition does a teenager who has become a mother while abusing alcohol and other drugs have in relation to her child's hospitalization? Which factors favor the hospitalization of teenage mothers' children on problematic abuse of alcohol and other drugs? What kind of vulnerability do these teenage mothers have? Objectives: to analyze the vulnerability of the teenage mothers on problematic abuse of alcohol and other drugs in relation to their child's hospitalization; to describe the vulnerability of these mothers in relation to their hospitalized child; to identify the transition process of these teenage mothers in relation to their child's hospitalization; to discuss the factors that influenced the transition of the teenage mothers with hospitalized children. Method: narrative of life. Study scenarios: two maternity hospitals. Participants: 13 teenage mothers with hospitalized children. The present work was approved by the Ethics and Research Committee of the State University of Rio de Janeiro, the Municipal Health Secretariat of Rio de Janeiro and the Municipal Secretariat of Nova Iguaçu. The narratives were collected by an open interview, by using the question: "Tell me aspects of your life that have to do with your child's hospitalization". A thematic and comparative analysis of the interviewees' narratives was performed, from the theoretical perspective of Vulnerability and the transition theory. The category emerged from the narratives was: The vulnerability of the teenage mothers on problematic abuse of alcohol and other drugs in relation to their child's hospitalization, followed by three subcategories: alcohol as a gateway to other drugs abuse; Drug abuse and the child hospitalization as an adverse situation in the teenage mother's life; and the transition process of the teenage mothers and their modified mothering. Results: the study evidenced black teenage women with low level of education, residents of the North Zone of Rio de Janeiro, with monthly income of up to two minimum wages, who live the violent context of the place where they are inserted. Alcohol is the first abuse. Discussion: the mothering is evidenced in the narratives by portraying the child's hospitalization. The teenage mothers have individual, social and programmatic vulnerability in the context of drug abuse and their child's hospitalization. Nursing has a large scope concerning to the care of teenage women in the puerperal pregnancy cycle and the care of the hospitalized baby. Final Considerations: The nursing professional must establish individualized, continuous and competent care, with reception and humanization of care, contributing to the healthy transition of the teenage mothers with hospitalized children.

Keywords: Teenager. Drug users. Mothering. Nursing. Vulnerability. Transition.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Relação de estudos encontrados nas bases de dados conforme associação de palavras-chave	24
Figura 1 -	Teoria da Transição de Meleis - uma teoria de médio alcance	51
Quadro 2 -	Recorrências das narrativas conforme unidades temáticas	64
Quadro 3 -	Agrupamento das Unidades de significação	66
Quadro 4 -	Caracterização das adolescentes - Rio de Janeiro – 2019	68
Quadro 5 -	Caracterização do bebê internado na UTI Neonatal - Rio de Janeiro – 2019	69
Quadro 6 -	Historiograma	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aborda	Associação Brasileira de Redutores de Danos
AC	Alojamento Conjunto
AIG	Adequado para Idade gestacional
ALE	Assentimento Livre e Esclarecido
BDENF	Bases de dados da Enfermagem
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAPS	Centros de Apoio Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial Infantil
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DRP	Desconforto Respiratório Precoce
DST/Aids	Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GIG	Grande para a Idade Gestacional
HGNI	Hospital Geral de Nova Iguaçu
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IG	Idade gestacional
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>Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEAD	Prevenção em álcool e outras drogas
PIG	Pequeno para a Idade Gestacional
PMT	Prematuridade
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNH	Política Nacional de Humanização

PPGEnf/UERJ	Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro
PROSAD	Programa Saúde do Adolescente
PSF/ESF	Programa de Saúde da Família/ Estratégia de Saúde da Família
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
Reduc	Rede Brasileira de Redução de Danos
Relard	Rede Latino-Americana de Redução de Danos
RN	Recém-Nascido
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SAMU	Serviço de Atendimento Médico de Urgência
SCIELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SNC	Sistema nervoso central
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UI	Unidade intermediária
UTI	Unidade de terapia intensiva
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1	BASES CONCEITUAIS	26
1.1	A adolescência	26
1.1.1	<u>A gravidez na adolescência</u>	27
1.2	Drogas lícitas e ilícitas	28
1.2.1	<u>Álcool na gravidez</u>	30
1.2.2	<u>Cocaína e Crack na gravidez</u>	32
1.3	A Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica	35
1.4	As Políticas de saúde em relação às drogas lícitas e ilícitas	39
1.5	Referencial Teórico	45
1.5.1	<u>A vulnerabilidade</u>	45
1.5.2	<u>Teoria da Transição: Afaf Meleis</u>	49
2	MATERIAL E MÉTODO	52
2.1	Tipo de Estudo	52
2.2	Cenário de Pesquisa	53
2.3	Participantes do Estudo	54
2.4	O Instrumento e Coleta das Narrativas	57
2.5	Aspectos éticos e Legais da Pesquisa	59
2.6	O Processo Analítico das Narrativas	61
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS	67
3.1	A vulnerabilidade das mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à internação do filho	67
3.1.1	<u>O consumo de álcool e outras drogas por mães adolescentes e a internação do filho</u>	87
3.1.2	<u>A transição das mães adolescentes e a maternagem modificada</u>	92
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
	REFERÊNCIAS	103
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117
	APÊNDICE B – Termo de Assentimento Livre e Esclarecido da Adolescente	120
	APÊNDICE C – Modelo de Roteiro da Entrevista	122

APÊNDICE D – Termo de Autorização de Campo de Pesquisa – HMFMM- RJ.....	123
APÊNDICE E – Termo de Autorização de Campo de Pesquisa – MMB-NI ...	124
APÊNDICE F – Termo de Autorização de Gravação	125
APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – HMFMM- RJ.....	126
APÊNDICE H – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – MMB- NI.....	127
ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ	128
ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro	131
ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu	136

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O objeto de estudo desta pesquisa refere-se à vulnerabilidade da mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do seu filho.

Na vida acadêmica, as atividades e estudos da pesquisadora iniciaram-se pela vivência de um Ensino Médio na Formação de Professores, no qual os conhecimentos oferecidos proporcionaram uma atuação pedagógica adequada e diretamente com crianças. Em um dos estágios obrigatórios, foi necessário assistir crianças portadoras de necessidades especiais de saúde. E isso, trouxe a inquietação com o fato de ver a necessidade de algumas crianças e a falta de assistência devido a deficiência de estrutura institucional, localização e verba, além da visão estigmatizada das outras mães. Por meio do ofício de educar, formou-se a identificação com a astúcia e descobertas características da interação com crianças, o que estimulou uma aproximação com a Enfermagem através da empatia pelo cuidado com elas, especialmente, àquelas que estavam em dificuldades.

Ao ingressar na graduação em Enfermagem, tornou-se o objetivo central da pesquisadora efetuar os estágios curriculares obrigatórios tanto no âmbito hospitalar como na atenção básica de crianças e adolescentes. A aproximação com a professora que ministrava a disciplina de Pediatria e Neonatologia, fez com que houvesse uma delimitação ainda mais próxima com esse grupo, e uma preocupação em especial com as meninas vulneráveis à gravidez na adolescência, cuja existência já era bem evidente à época.

Durante o Curso de Graduação em Enfermagem, o estágio acadêmico foi efetuado em uma maternidade. Como discente, muitas vezes ao questionar a mãe como foi a gestação e o pré-natal, a mesma citava algumas complicações sem valorizar os cuidados durante a gestação, e demonstravam não saber (ou o total desconhecimento) sobre quais são os fatores de risco à sua saúde e do conceito, como: o uso abusivo de álcool, crack e cocaína; Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); e, a desnutrição materna, principalmente, nas mães desprovidas de recursos financeiros e que ficavam pelas ruas em busca de algum tipo de sustento; todos passíveis de ocasionar a internação do Recém-Nascido (RN) na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).

Desde o final da graduação, ao prestar o concurso em caráter temporário para o governo do Estado do Rio de Janeiro, tornou-se desejável atuar com mulheres em processo de maternidade. Ao longo dos anos, observou-se a diferença da maternidade real para àquela que um recém-formado idealiza, visto que, na graduação pouco se falava das dificuldades perante

o momento de maternidade. Apenas colocando-se a maternidade falaciosamente como um momento fácil, romântico e para o qual todas as mulheres estão aptas.

Com a experiência prática vivenciada nos plantões, foi possível analisar o quanto o processo de se tornar mãe é difícil, e o quanto se faz necessário receber muito auxílio e apoio, seja das famílias, seja dos profissionais escalados para atendê-la. Ali se encontram muitas mulheres de diferentes idades, mas com as mesmas dificuldades. O profissional poderá se deparar com muitas mães adolescentes, sem a compreensão do processo de transição que ocorria em suas vidas, com dificuldades até de se vincular ao bebê (segurar no colo, amamentar), destinadas a pensar no filho como uma forma de aprisionar o parceiro a ela, ou como um obstáculo para suas diversões. Há, inclusive, aquelas que veem o bebê como um brinquedo, sem o conhecimento prévio das reais demandas de cuidados que ele necessita, assim como ela também necessita, enquanto mulher e mãe.

Ao receber a proposta para atuar em UTIN nesta mesma instituição, o mesmo problema estava apresentado em dois setores diferenciados, porém, interligados: a demanda de mães adolescentes que se mantinham internadas para acompanhamento dos seus filhos que, por situações adversas, necessitavam de prolongamento de internação. Ora no Alojamento Conjunto ora na UTIN na qual se realizavam intervenções de diferentes origens a esses bebês.

Analisando os prontuários, e em conversas informais com essas adolescentes tornou-se possível construir uma reflexão sobre a carência dessas meninas e sobre os problemas relacionados à situação social delas. A realidade de um profissional atuando em UTIN, a grande demanda de mães adolescentes, especialmente entre 10 a 15 anos que além da condição de adolescente, devido à idade precoce, demonstravam imaturidade e desconhecimento de determinados assuntos, como por exemplo: a sexualidade e a gravidez. Uma realidade na qual emergiam alguns agravos à saúde obstétrica dessas meninas, de causas evitáveis, que complicavam a saúde do feto e ocasionavam a internação deste RN em uma UTIN.

Muitos bebês permaneciam mais tempo nas unidades por complicações relacionadas às mães, na gestação ou no parto. Algumas delas confirmavam o uso de álcool e outras drogas ilícitas para aliviar a fome, para sustento de sua dependência; algumas possuíam Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) devido ao sexo inseguro, muitas vezes realizado em troca ou no efeito de drogas, até mesmo não se lembrando de como concebeu o bebê e quem era o pai da criança.

A adolescente usuária de álcool, crack/cocaína com um filho internado, fomenta não só um problema de saúde pública pelo uso de alguma substância prejudicial à sua saúde e das

complicações que estas substâncias podem causar ao bebê, mas possui também problemas sociais mais amplos, que necessitam ser refletidos e discutidos de forma mais coerente. A internação de um filho é uma experiência delicada e desafiadora para as mães e suas famílias. É um evento para o qual a mãe não está preparada e que envolve desde o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido, bem como presenciar condutas terapêuticas e procedimentos dolorosos, até conseguirem participar dos cuidados e sentirem-se essencialmente mães (FRELLO; CARRARO, 2012). O tempo de internação do RN pode se estender por vários meses, e, no cenário dessa hospitalização prolongada, ocorre uma mudança súbita na vida da família, especialmente da mãe que, num tempo reduzido, torna-se acompanhante do filho, sem que esteja preparada para essa mudança, quase sempre permeada por muito sofrimento (SANTANA; MADEIRA, 2013).

As mães adolescentes que em algum momento fizeram uso de substâncias como álcool, crack/cocaína favorecem complicações que afetam o RN, podendo acarretar a internação deste bebê na UTI Neonatal. O vínculo mãe-filho é afetado, mesmo que esta mãe adolescente fique próxima do seu filho, visto que o cuidado é realizado por pessoas desconhecidas que não fazem parte da família desse bebê. O que seria algo diferenciado, positivo ou prazeroso (tornar-se mãe) para a vida desta mãe, se transforma em algo estranho, podendo acarretar uma sobrecarga de informações diferenciadas e afetar, também, os sentimentos dessa mãe.

Nos plantões há uma grande demanda dessas meninas puérperas nos hospitais, algumas vezes com estresse elevado e, durante a internação, descobre-se que elas usavam algum tipo de substância lícita ou ilícita. Saídas constantes à revelia sem qualquer intervenção da equipe, os filhos sendo encaminhados a abrigos por elas não possuírem condições favoráveis à criação, separando-os. O que sempre foi considerado pela pesquisadora como um binômio, pois a unidade não tinha uma rede interdisciplinar que fomentasse o auxílio a essa menina, a essa criança e à família (quando era presente). Com o agravante da equipe de saúde que por vezes adota uma postura preconceituosa e desmerecedora para com a adolescente, culpando-a pela gravidez. Nos casos em que a criança necessitava de algum tipo de intervenção mais prolongada, a própria equipe rejeitava a mãe, tratando-a indiferentemente e a culpabilizando pelo fato do bebê estar internado.

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) - (BRASIL, 1990) considera-se adolescente aquele entre 12 e 18 anos de idade; enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1986) caracteriza-o como o período que compreende entre 10 e 19 anos, enquanto que o Ministério da Saúde (MS) - (BRASIL, 2004a), em suas normas e políticas de saúde, aponta

que os limites da faixa etária de interesse são as idades de 10 a 24 anos. Na vivência profissional da pesquisadora foi observado que a incidência de mulheres com filhos internados, está na faixa etária entre 11 a 19 anos e, portanto, considerou-se essa a faixa etária pertinente para participação neste estudo.

A adolescência é o momento da vida de descobertas, mudanças biológicas, de caracterização de personalidade, de construção social, da transição da infância para a vida adulta, que oferece riscos e oportunidades (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010). E que, por diversos fatores, pode ser modificada ou interrompida quando ocorre uma gestação que naquele momento pode não ter sido planejada e/ou esperada. Além de tantas mudanças físicas, psicológicas e comportamentais da menina-mulher especificamente tornar-se mãe.

A gravidez na adolescência ainda representa uma das principais causas de morte de mulheres entre 15 e 19 anos de idade e é capaz de gerar consequências para os bebês, deixando estes mais vulneráveis a apresentar condições de risco como o baixo peso ao nascer, a morte por problemas infecciosos e/ou desnutrição no primeiro ano de vida (SILVA et al., 2013). Dentre as intercorrências maternas na adolescência, as mais citadas na literatura são: anemia, ganho de peso insuficiente, infecção urinária, IST, desproporção cefalopélvica e até complicações puerperais (GALLO, 2011).

No Brasil, a incidência de gravidez em mulheres jovens tem diminuído. Nas últimas décadas, 39 em cada 1.000 mulheres com idade entre 10-19 anos tiveram filhos, o que significou uma discreta redução em relação a 45 por 1.000 em 1996; porém, entre aquelas na faixa de 10 a 14 anos houve um discreto aumento, de 3 para 4 nascimentos por 1.000 mulheres, no mesmo período (COSTA et al., 2014).

A gravidez na adolescência contribui para a natalidade prematura de seus filhos (SILVA et al., 2011). E, com isso, os filhos prematuros podem necessitar de intervenção medicalizada, assim como o prolongamento da internação, o que pode favorecer ou não o vínculo mãe e filho. Nas Unidades Intensivas Neonatais públicas e privadas, geralmente a mãe não possui acomodação adequada para acompanhar o seu filho, o que a faz não permanecer 24 horas ao lado do seu RN, favorecendo a não-vinculação da mãe adolescente com o seu bebê.

A gravidez na adolescência é considerada e vista como um obstáculo para o desenvolvimento da jovem, dificultando oportunidades educacionais, econômicas e sociais. Essa considerável demanda de mães adolescentes, muitas vezes coloca a vida do RN em risco ingenuamente, por problemas inerentes à gravidez nesta fase da vida (BOLSI, 2013). Assim, despertou-se o desejo de realizar a pesquisa, cujo objeto de estudo já referido anteriormente,

é: o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína em relação à hospitalização do seu filho.

A necessidade de um concepto receber cuidados assistenciais em uma UTI neonatal, logo após seu nascimento, pode estar relacionada a múltiplos fatores, desde socioeconômicos, biológicos e profissionais de saúde até institucionais, como reflexo de ações de saúde que urgem serem aprimoradas (COSTA *et al.*, 2014, p.33).

Algumas enfermidades podem cursar na gravidez com repercussão danosa para a saúde do binômio materno-fetal (COSTA *et al.*, 2014). Mas, outro determinante decisivo na gravidez são as condições socioeconômicas, por repercutirem direta ou indiretamente no desenvolvimento intrauterino do feto, no seu peso ao nascer e na duração da gravidez. Quando desfavorável, associam-se frequentemente ao parto pré-termo, à restrição do crescimento intrauterino e ao baixo peso ao nascer, o que pode comprometer a saúde da criança, necessitando de intervenções medicalizadas e tecnológicas no processo de nascimento e desenvolvimento. Além disso, compreende-se que gestantes jovens, pardas, com baixa escolaridade e renda de até três salários mínimos têm maior incidência ao uso de drogas, dentre as lícitas as mais utilizadas são o cigarro e o álcool, enquanto entre as ilícitas comumente utilizadas estão a cocaína, crack e a maconha (KASSADA *et al.*, 2013).

Na prática assistencial, observou-se que, quando a mãe visitava ou ficava com seu filho internado, a mesma em muitos momentos demonstrava-se tranquila frente a internação, considerando aquilo como algo normal, tendo dificuldade de compreender a necessidade e a situação real do seu bebê naquele momento. Assim, baseada na experiência pessoal da pesquisadora, iniciou-se um questionamento próprio sobre como seria para essa adolescente, que está passando por uma transição fisiológica, se tornar mãe, ser usuária de algum tipo de droga (lícita ou não) e ainda, ter seu filho internado. Durante a prática profissional, muitas vezes a mãe adolescente relata que seu bebê “é muito lindo por ser tão pequenino”, que “é gracioso o canudinho na boca”, mesmo visualizando seu bebê dentro de uma incubadora, muito pequeno para o peso adequado, com vários procedimentos invasivos, em uso de suporte ventilatório, acesso venoso profundo, monitorizado e com infusões intravenosas.

O fato de a gestação ocorrer no momento em que o seu corpo está em constantes transformações, a adolescente pode não se encontrar preparada para a mudança globalizada que uma gestação pode causar, onde um novo ser dará entrada no seu vínculo pessoal e convívio social, não estando assim, habilitada para a nova função de tornar-se mãe (MARTINS *et al.*, 2011).

Os hábitos sociais, como o número de parceiros sexuais e a influência de familiares, associam-se ao uso de bebidas alcoólicas e de drogas ilícitas durante a gestação (CRUZEIRO et al., 2010). Em consequência dos fatores determinantes à gestação precoce, como a desigualdade social, desemprego e morbimortalidade por violência para a situação de saúde, estas meninas ficam vulneráveis a fatores como álcool e outras drogas, a Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), a mortalidade materna, interferindo no crescimento e desenvolvimento saudável da mãe e do feto (NERY et al., 2011).

Quando a gestante é usuária de droga entende-se que esta mulher seja um grave problema de saúde pública, pois realiza menos consultas no pré-natal o que favorece maior incidência de complicações obstétricas e neonatais, gerando novas reflexões acerca do atendimento médico e social a esta mulher (MARANGONI, 2011). Algumas drogas como a maconha já são comprovadas quanto ao aumento de malformações no feto, enquanto a cocaína pode acarretar problemas cardiovasculares tanto na mulher como no feto, além do risco do aborto. Também já se comprovou que criança exposta a cocaína durante a vida intrauterina ocasiona problemas inerentes a disfunção cognitiva tardia (GELDER et al., 2009; MCCARTHY et al., 2011).

A ingestão de bebida alcoólica, substância lícita, tem crescido consideravelmente no uso pelas mulheres, e quando grávida essa mulher dificilmente deixa o hábito, visto que é uma substância bem tolerada socialmente. Porém, é importante ressaltar que na gestação, a ingestão alcoólica pode acarretar problemas tanto para a mãe (descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, entre outros) quanto para o feto, com efeitos precoces (microcefalia, dimorfismo facial, ente outros) e tardios (dificuldades na aprendizagem e problemas no comportamento, por exemplo).

Ainda entre as substâncias lícitas, mas que podem causar riscos na gestação e ao feto, destaca-se o fumo, ou a exposição ao tabaco (direta ou indiretamente), o qual é associado a problemas de abortamento, câncer infantil, doenças respiratórias, assim como a síndrome da morte súbita do lactente (MASSACHUTS GENERAL HOSPITAL, 2012; ORNOY; ERGAZ, 2010).

Quanto mais precoce as mulheres são expostas ao uso de substâncias lícitas, maior é sua incidência no uso durante a gestação, o que pode favorecer ao uso de substâncias não-lícitas. Vale ressaltar que o pré-natal é o momento ideal para a intervenção e prevenção do uso destas substâncias, as quais já são comprovadas como prejudiciais tanto para a mãe quanto para o feto, especialmente na adolescência, período este considerado em desvantagem à mulher adulta, principalmente, no quesito socioeconômico e assistencial durante a gestação,

ratificando este processo pela renda familiar, o relacionamento conjugal incongruente, a menor adesão ao pré-natal assim como a busca tardia pela assistência durante a gestação (SATIE, 2013).

Problemática do estudo

Atuando diretamente na UTIN, foi observado que existem mães adolescentes que acompanham seus filhos quando internados, e, por isso, realizou-se uma breve análise das admissões na maternidade situada no município de Nova Iguaçu-RJ nos meses de abril a julho de 2016. Neste levantamento foram identificados que esse grupo é composto por adolescentes na faixa etária de 13 a 19 anos, que residem no município, apresentam intercorrências gestacionais que podem corroborar com as situações clínicas das crianças na UTIN como, por exemplo: a infecção de trato urinário (ITU), que pode ocasionar sepse neonatal precoce e prematuridade, e é prevalente em mulheres com menor nível econômico, mais jovens, com escolaridade insuficiente e sem companheiro fixo (ALBERNAZ, 2013).

Por serem menores de idade, elas são acompanhadas pelo Serviço Social da unidade, no qual é aberto um prontuário social com toda a história social desta adolescente que se tornou mãe. Ao analisar os prontuários destas mães notou-se a demanda de problemas que essas jovens vivenciam, destacou-se a desestrutura familiar, que contribui, dentre outros problemas, para a vulnerabilidade de morar nas ruas e de utilizar substâncias lícitas e ilícitas. Das trinta e duas puérperas adolescentes encontradas neste período para o estudo, quatro delas informaram não ter residência fixa (já moraram com amigos, em abrigos e, também, nas ruas); enquanto dezessete informaram morar em comunidades com algum familiar (pai/mãe/irmãos/tios/primos), com mais de seis pessoas na residência; cinco dessas mães afirmaram usar algum tipo de droga, enquanto seis afirmaram que fugiram da casa onde viviam quando engravidaram para morar com algum companheiro (sendo o mesmo pai ou não do RN internado).

Ao recolher o relato das cinco adolescentes que informaram serem usuárias de drogas registrou-se que: a primeira delas afirmou ser profissional do sexo desde os 14 anos, usuária de drogas desde os 12 anos, ter como pai um usuário de drogas e uma mãe paciente psiquiátrica. Ela possuía cinco irmãos, e todos foram “dados” para outras pessoas desconhecidas. A segunda adolescente tinha 14 anos, possuía certo retardo mental (diagnosticado pela psiquiatria da maternidade), era portadora de *Human Immunodeficiency Virus* ou Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e segundo ela “os colegas a obrigavam a

cheirar pó”. A terceira confirma o uso de drogas e relatou ter sido violentada pelo padrasto aos seis anos e aos 11 anos, foi morar nas ruas iniciando, assim, o uso de drogas. Aos 16 anos, foi morar com um rapaz de 26 anos com quem vive maritalmente.

A quarta adolescente que informa ser usuária foi localizada após alguns dias que seu filho já estava internado na UTIN. Seu filho foi encontrado em uma via pública de uma cidade na baixada fluminense e foi resgatado pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU). Ela já tinha outro filho e o companheiro ordenou que doasse a criança para alguém; segundo ela, durante o efeito da droga, acabou deixando a criança em uma calçada. A quinta e última adolescente que confirmou o uso de drogas tinha 16 anos e relatou usar crack e cocaína desde os 10 anos. Segundo ela, a mãe tinha “problemas mentais”, e a irmã a agredia fisicamente, e, por isso, começou a usar drogas.

Várias são as complicações que o feto pode apresentar devido à exposição ao uso de drogas pela mãe durante a gestação, como a prematuridade, baixo peso ao nascer, diminuição do perímetro cefálico, descolamento prematuro da placenta, acarretando, em alguns casos, o aborto. As substâncias psicoativas podem ser transferidas, juntamente com os transportadores de nutrientes, favorecendo a competição favorável, o que reduz a distribuição de nutrientes para o feto e contribui para o déficit de crescimento. A maior evidência que existe em relação ao uso do crack na gestação acerca dos danos é o nascimento prematuro e o baixo peso no nascimento. Inclui também como danos o tempo de internação, dificuldade de alimentação dessa criança e problemas respiratórios, corroborando com os achados de acordo com o levantamento de prontuário médico e social (CASATTI, 2011).

Falando do universo feminino, o uso habitual de drogas causa dependência, favorece a urgência do consumo e, condições financeiras inadequadas contribuem para a fragilidade desta mulher, levando ao risco quanto à integridade moral e física para conseguir a droga, o que acarreta o envolvimento com o tráfico de drogas, a relação sexual desprotegida, e parceiros envolvidos com o crime (MARANGONI, 2011; MARANGONI; OLIVEIRA, 2013). Vale destacar que, ao analisar as patologias associadas às mães adolescentes, observa-se patologias não só inerentes ao uso das drogas propriamente ditas, mas, também com os fatores sociodemográficos associados ao consumo dessas substâncias. Observa-se que, em grande maioria, tem-se como usuárias de drogas e dependentes químicas as mulheres jovens, de baixa escolaridade, descritas nos estudos (MARANGONI, 2011), ratificando a informação obtida no levantamento de prontuário social e médico.

Neste breve levantamento evidenciou-se que as mães adolescentes quando confirmam o uso de drogas, possuem fatores predisponentes ao uso como: problemas familiares que

resultaram na fuga para as ruas ou para companhias que as levaram ao uso de drogas e contribuíram para a sua vulnerabilidade social. Em todos os cinco casos descritos, seus filhos foram encaminhados para abrigos; essas mães adolescentes também foram encaminhadas para abrigos de crianças maiores de 10 anos e não tiveram mais contato com seus bebês.

As mulheres em uso dessas substâncias favorecem suas internações até mesmo por causas externas, como a violência doméstica e uso abusivo de álcool (MARANGONI, 2011). Segundo o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), plataforma digital do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), em dezembro de 2015 obteve-se um total de 1.709 gestantes menores de 20 anos no Estado do Rio de Janeiro, sendo 31 gestantes do município de Japeri e 23 de Paracambi. Tais municípios são próximos à baixada fluminense, onde foi realizado o levantamento de prontuários para fins estatísticos. Observa-se que em municípios da baixada não aparecem casos notificados no mesmo período, o que gera a indagação quanto à ausência de notificações ou subnotificações. Ressalta-se que por ocasião desta abordagem, ainda não estava disponibilizado o período de 2016 no DATASUS.

Embora este breve levantamento tenha apenas cinco adolescentes que confirmaram o uso de drogas, vale refletir que muitas não realizam o pré-natal, e casos são ou podem ser subnotificados, ou mesmo negados por parte das adolescentes, até pelo medo do possível julgamento que pode vir da sociedade e dos profissionais de saúde pelo fato de serem adolescentes e usuárias de drogas.

A partir desses dados obtidos, percebe-se o problema deste estudo nesse cenário, o que remete a necessidade de ouvir, através das narrativas de vida dessas adolescentes, como ocorre o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína em relação à hospitalização do seu filho.

Questões norteadoras

Que tipo de vulnerabilidade as mães adolescentes apresentam?

Quais são os fatores que favorecem a internação dos filhos de adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas?

Que tipo de transição a adolescente que se tornou mãe, em uso de álcool e outras drogas apresenta em relação à hospitalização do seu filho?

Objetivos

Objetivo Geral

Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes com consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho.

Objetivos específicos

Descrever a vulnerabilidade da mãe adolescente no que se refere ao consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado.

Identificar o tipo de transição apresentada por mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do seu filho.

Discutir os fatores que influenciam a transição de mães adolescentes com filho internado.

Justificativa do Estudo

Realizou-se a busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) no período de julho a agosto de 2018 sobre estudos que pudessem contemplar a temática proposta, utilizando as palavras-chave: adolescente, mãe, bebidas alcoólicas, etanol, crack, cocaína, drogas ilícitas, criança, internação hospitalar, criança hospitalizada. Tais palavras foram associadas em trio, para que houvesse a agregação que remetesse adequadamente aos estudos que corroborassem com os objetivos da pesquisa.

Como critério de inclusão foi selecionado o recorte temporal entre 2008 e 2018, com textos completos disponíveis na íntegra, nos idiomas português, inglês e espanhol, pesquisados nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), A *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO) *Index Medicus Eletrônico da National Library of Medicine* (MEDLINE) e a *Bases de dados da Enfermagem* (BDENF). Como critérios de exclusão foram descartados os artigos que não tivessem relação com a temática proposta ou artigos duplicados. As palavras-chave foram associadas através do operador booleano “and”, conforme o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Relação de estudos encontrados nas bases de dados conforme associação de palavras-chave

Palavras-chave associadas	LILACS	MEDLINE	BDENF	SCIELO	TOTAL
Mãe and adolescente and álcool	26	34	1	22	83
Mãe and adolescente and criança hospitalizada	0	0	1	0	1
Mãe and adolescente and drogas ilícitas	0	0	0	0	0
Processo de transição and adolescente and mãe	0	0	0	0	0
Mãe and interação mãe-filho and internação hospitalar	10	0	4	0	14
Transições and interação mãe-filho and internação hospitalar	0	0	0	0	0

Fonte: A autora, 2019.

Dos 98 estudos encontrados, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, realizou-se a leitura flutuante dos resumos para relacionar com a temática apresentada. Nos 36 artigos encontrados na LILACS, nenhum dos estudos apresentou relação ao tema; na MEDLINE, dos 34 artigos, apenas 11 possuem correlação com o estudo; na BDENF, dos 6 artigos encontrados, apenas 2 possuem conexão com a pesquisa e por fim, na SCIELO, dos 22 artigos, apenas 5 foram selecionados. Totalizando 18 artigos, a busca bibliográfica nos remete a lacuna de estudos com relação à pesquisa proposta, justificando assim, a sua importância.

Relevância e Contribuição do Estudo

A saúde da adolescente está contida na Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde no que condiz ao tema da Saúde da Mulher (BRASIL, 2015a). Neste contexto, a presente pesquisa vai ao encontro das prioridades em saúde englobadas nos princípios do Sistema Único de Saúde, relacionando-os as necessidades reais de saúde, de modo que as usuárias do sistema sejam mais bem assistidas.

Este estudo possibilitou a discussão em relação às vulnerabilidades e o processo de transição apresentado por mães adolescentes usuárias de álcool e outras drogas em relação a internação do filho. É importante para o ensino de Pós-graduação *Lato e Stricto Sensu*, pois contribuiu com o acervo de teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (PPGEnf/UERJ), na área de concentração Enfermagem, Saúde e Sociedade. Contribuiu, também, com o grupo de

pesquisa: Gênero, Violências e Práticas em Saúde e Enfermagem e para o Laboratório de Cuidados a Crianças e Famílias Vulneráveis (LCCFV), coordenado por a Prof.^a Dra. Rosângela da Silva Santos.

A pesquisa resultará em artigos científicos para consulta dos pesquisadores e estudiosos do tema, subsidiando assim um conhecimento sólido acerca da temática.

Para o curso de graduação em Enfermagem, esta pesquisa contribuiu para estimular a reflexão sobre a temática, visando a saúde da adolescente como um processo único, desenvolvendo a compreensão dos estudantes para a produção de conhecimento e futuros enfermeiros que assistem a este público com equidade. Produziu reflexão acerca do processo de transição da adolescente usuária de álcool e outras drogas, com o filho que necessitou do prolongamento da sua internação e das vulnerabilidades desta mulher frente ao uso destas substâncias na correlação entre a droga usada e a internação do bebê.

Na prática assistencial ofereceu subsídios para identificar pontos específicos que devem ser abordados e debatidos a fim de prestar um cuidado de qualidade à paciente atendida pela equipe de saúde. Na assistência, promove-se a possibilidade de discussão e análise dos fatores envolvidos com a situação-problema, bem como a inovação de estratégias de enfrentamento deste fenômeno, permitindo à equipe uma assistência de equidade, com adequado posicionamento para esta problemática.

1 BASES CONCEITUAIS

1.1 A adolescência

A adolescência é uma fase da vida permeada de mudanças significativas. Essa fase possui características marcantes como a busca pelo conhecimento, o aprendizado pela experimentação, o interesse pela aventura, o juízo crítico pelo questionamento e a rebeldia contra os valores pré-estabelecidos pelos adultos. Além disso, os mitos, as crenças e as atitudes são reestabelecidos ou reinventadas (DINIZ, 2014).

O adolecer é um momento de constantes alterações referentes a fatores biológicos e psicossociais, que sofrem influência do âmbito familiar, social, cultural e até mesmo do sistema político, sendo assim capazes de modificar as atitudes e competências do indivíduo. Nesta fase da vida existe a transição entre a infância e a vida adulta, com tantas transformações acontecendo que simultaneamente, a área mais estimulada é o desenvolvimento psicosssexual (BRILHANTE; CATRIB, 2011).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8069 de 13 de julho de 1990) em seu Artigo 2º descreve que a criança, para os efeitos da lei, constitui a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade (BRASIL, 1990).

Art. 3º A criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade (BRASIL, 1990, art. 3º, Título I).

O comportamento crítico e a inconformidade com a realidade são características intrínsecas da adolescência, que efetua suas habilidades mentais recém-adquiridas na análise e no questionamento de tudo o que está ao seu redor, além de apresentar instabilidade emocional como a euforia e melancolia, piedade e crueldade, uma transformação súbita entre sentimentos opostos (CARDOSO, 2017). Os problemas, conflitos com os pais e familiares, as dúvidas, as instabilidades emocionais e a liberdade desejada pelos adolescentes são fatores que os levam a exposição de vulnerabilidades e dessa forma a tomarem atitudes sem pensar nas consequências (SILVA *et al.*, 2011).

A adolescência é uma fase da vida caracterizada por mudanças biológicas, cognitivas,

emocionais e sociais, constituindo-se um importante momento para a adoção de novas práticas, comportamentos e ganho de autonomia. É um período marcado pela indecisão, sinalizando a passagem da infância protegida para a exposição à vida adulta, e a tendência grupal com a evolução da sexualidade também são aspectos importantes. Nessa fase, estimulado pelas intensas transformações, o adolescente torna-se mais vulnerável, o que pode fragilizar sua saúde, devido à alimentação inadequada, sedentarismo, tabagismo, consumo de álcool e outras drogas (VIEIRA *et al.*, 2008).

Campos (2014) discorre que assim como as demais políticas públicas, as que são direcionadas para a população adolescente possuem classificação própria e o seu próprio ciclo de formação. É relevante destacar que alguns tipos de políticas são aplicados nesse âmbito, desde ações de prevenção, proteção e promoção, até ações de caráter emergencial, de redistribuição e construtoras da autonomia. Todavia, não há uma uniformidade pela extensão territorial e nem uma efetiva descentralização política administrativa nos municípios, como determina a Carta Magna e a legislação infraconstitucional concernente à criança e ao adolescente.

Para Ribeiro *et al.* (2018), com a insuficiente aderência ao Programa Saúde do Adolescente (PROSAD) no contexto nacional, emerge o Programa de Saúde da Família/Estratégia de Saúde da Família (PSF/ESF) com atendimento aos adolescentes, onde passam a ser vistos como membros da família e redirecionados para o atendimento geral, desconsiderando suas especificidades e identidades. Assim, a intervenção na saúde dos adolescentes acaba sendo vaga, com prioridade aos agravos biológicos e ao controle da gravidez.

1.1.1 A gravidez na adolescência

A gravidez na adolescência está inserida nos três fatores de vulnerabilidade. Ao vivenciar a gestação nessa fase, a adolescente é vulnerável por ainda não ter consolidado seu processo de amadurecimento, está envolta por uma escassez das ações e dos mecanismos do poder público e passa por mudanças de ordem social. Esta condição é agravada pela insegurança no cuidado do recém-nascido, oriundo de imaturidade e inexperiência, resultantes do fenômeno da adolescência (LIMA *et al.*, 2017).

A adolescente grávida é apontada como um problema de Saúde Pública e nesta direção, o estudo da epidemiologia é essencial para direcionar as Políticas Públicas voltadas para a Saúde do Adolescente, compreendendo a grandeza do problema desse fenômeno nessa fase da vida. Assim, faz-se necessário conhecer as mudanças na vida dessas adolescentes com a gravidez e posteriormente com o nascimento do filho (RIBEIRO, 2013).

Prioriza-se como cuidado básico de saúde a enfermagem com a promoção da maternidade segura para adolescentes através de programas de cuidado à saúde, especialmente elaborados para esse público, uma vez que, embora suas necessidades clínicas sejam idênticas as de outras mulheres, precisam de maior suporte para desenvolver habilidades para o cuidado de saúde durante o ciclo gravídico puerperal (PARENTI *et al.*, 2018).

Neste cenário, além do enfoque na Atenção Básica, emerge ainda a demanda de assistência de enfermagem puerperal desenvolvida no Alojamento Conjunto (AC) em âmbito hospitalar. O enfermeiro realiza um papel de grande relevância, pois ele desempenha as funções, alicerçado nas necessidades de cuidados voltados à mãe e seu filho, estando essas adolescentes mães no processo de binômio a ser adquirido e arquitetado nessa infraestrutura (BRASIL, 2013).

1.2 Drogas lícitas e ilícitas

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), “[...] droga é qualquer substância natural ou sintética que, administrada por qualquer via no organismo, afeta sua estrutura ou função [...]”, e a pessoa com menor possibilidade de usar a droga é aquela que é bem informada, bem integrada na família e sociedade, com boa saúde e qualidade de vida satisfatória e com difícil acesso às drogas (SANCEVERINO; ABREU, 2004, p. 1048).

O abuso de drogas está relacionado ao fato dessas substâncias, inicialmente, produzirem uma sensação agradável de bem-estar. Isso se deve à ação direta ou indireta sobre uma via neuronal cerebral responsável pela capacidade de sentir prazer/satisfação em diferentes situações: essa via é também conhecida como via do reforço, da gratificação ou do prazer. Com o uso repetitivo da droga, a sensação agradável diminui e o indivíduo, por consequência, se sente obrigado a aumentar a quantidade de uso da droga para voltar a desfrutar daquele bem-estar inicial e assim inicia-se a dependência (PINSKY; BESSA, 2004).

O uso de drogas, para alguns, faz parte do processo normal de busca de novas experiências, da individualização e do amadurecimento que caracterizam essa fase e, por isso, nem todos se tornam dependentes. Contudo, a dependência é um risco que o indivíduo corre ao usar essas substâncias. Além de, por ser uma fase de importante transformação e maturação do sistema nervoso central, o uso de drogas pode prejudicar o desenvolvimento e causar danos ao potencial intelectual, emocional e social. Por isso, em casos de uso de drogas na adolescência, a família e a escola são importantes estruturas que devem ficar atentas e dar orientações, apoio e sólidas referências emocionais, intelectuais e de valores (DIEHL; CORDEIRO; LARANJEIRA, 2011).

A Organização Mundial de Saúde estabelece que as pessoas com maiores possibilidades de usar drogas seriam aquelas que desconhecem seus efeitos, com saúde deficiente, de personalidade frágil e fácil acesso à obtenção das drogas (GABATZ *et al.*, 2013).

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que o uso problemático de drogas é um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que 185 milhões de pessoas acima de 15 anos já consumiram drogas ilícitas, ou seja, 4,75% da população mundial (ONU, 2005). O Brasil está dentro da perigosa média mundial em relação ao número de usuários de drogas ilícitas. Cerca de 10% da população dos centros urbanos de todo o mundo consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, cenário que encontra equivalência no Brasil (SPRICIGO *et al.*, 2004). O Relatório Brasileiro sobre Drogas indica que a idade média para o primeiro contato com o tabaco e o álcool é aos 12 anos, enquanto o primeiro uso da maconha e cocaína acontece por volta dos 13 aos 14 anos (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2012).

As drogas psicotrópicas são as que agem principalmente no sistema nervoso central. Por serem moléculas químicas, ao entrar em contato com o cérebro, interferem na engrenagem da química cerebral, aumentando, diminuindo ou alterando a forma de ação dos neurotransmissores. Dependendo da ação no cérebro, as drogas psicotrópicas podem ser divididas em três grandes grupos: as depressoras, as estimulantes e as perturbadoras. As depressoras diminuem a atividade cerebral, ou seja, deixam o seu funcionamento lento, enquanto as estimulantes aumentam a atividade cerebral, deixando o indivíduo “elétrico”. Já as perturbadoras, fazem com que esse órgão passe a funcionar fora do seu normal, ou seja, a pessoa fica com a mente confusa, desordenada (CARLINI *et al.*, 2002).

A assistência aos usuários de drogas está de acordo com as diretrizes da organização

do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais, artigo 198 da Constituição Federal e artigo 81 da Lei 8069/90, em que se proíbe a venda de bebidas alcoólicas ou produtos que possam causar dependência física ou psíquica a criança e ao adolescente (BRASIL, 1988a). O consumo de drogas é considerado uma problemática social e de saúde, resultando assim em uma grande e relevante fonte de preocupação constante para toda a sociedade, já que grande parte do público que consome as drogas são adolescentes (BERNARDY; OLIVEIRA; BELLINI, 2011).

1.2.1 Álcool na gravidez

O alcoolismo é considerado uma doença de causas múltiplas, mas tem como fatores primordiais o meio social e a hereditariedade. Está presente em todos os níveis sociais, sendo estimulado ou considerado hábito comum de determinadas culturas. Isso torna ainda mais difícil o diagnóstico, dentro de um grupo de pessoas habituadas a consumir bebida alcoólica, daquela que é dependente ou não-dependente (PEIXOTO *et al.*, 2010). 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).

É alta a prevalência do alcoolismo entre as mulheres, o que exige atenção uma vez que as repercussões para a saúde são, habitualmente, mais intensas (SANTOS; SILVA, 2012). As mulheres justificam o seu uso como tentativa de esquecer ou amenizar as dificuldades financeiras, diminuir a dor da violência física e psicológica, por apresentarem baixa autoestima, problemas nos relacionamentos afetivos, em especial com o parceiro (LACCHINI *et al.*, 2011; PORTELA *et al.*, 2013).

O crescimento das pesquisas nos últimos anos evidencia um amplo espectro de danos associados ao consumo de álcool durante a gestação. A exposição do álcool para o feto pode desencadear uma série de problemas físicos, mentais e de conduta na criança, associados à Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). A SAF é caracterizada por retardo no crescimento pré e pós-natal, apresentando problemas de neurodesenvolvimento e um conjunto de anormalidades faciais, sendo consideradas as consequências mais graves da Síndrome (LEWIS *et al.*, 2012). A SAF com o seu amplo e variado espectro dificulta a suspeita clínica, e ainda mais o

diagnóstico, devido à grande multiplicidade de aspectos clínicos e/ou comportamentais. Some-se a isso o desconhecimento generalizado da doença, tanto no meio médico como no leigo, somado à intensa força da propaganda e da indústria de bebidas alcoólicas para justificar tal contradição (MESQUITA; SEGRE, 2010).

O álcool age indiretamente no organismo materno, prejudicando o transporte realizado pela placenta de nutrientes essenciais ao desenvolvimento fetal e favorece a má nutrição materna. Leva a hipóxia por vasoconstrição da placenta e dos vasos umbilicais. A fisiopatologia específica do etanol no feto permanece desconhecida, existindo numerosos mecanismos que tentam explicar as lesões, principalmente nas funções cerebrais. O álcool atravessa a barreira placentária entre o sangue e o cérebro, sendo seus efeitos no desenvolvimento cerebral particularmente complexo. Neste caso, o feto fica exposto às mesmas concentrações que o sangue materno. Porém, a exposição fetal é maior devido ao metabolismo e eliminação serem mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool não modificado (etanol) e acetaldeído (metabólito do etanol) (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Ainda no Brasil não se tem dados que comprovem a incidência da SAF em neonatos, visto que o alcoolismo é a doença da negação, o que pode desencadear a possibilidade de que as usuárias neguem o uso de bebida alcoólica, especialmente na gestação. Sendo o pré-natal o primeiro elo da equipe de saúde com a mulher grávida, especialmente a enfermeira obstetra, muitas vezes não se é perguntado sobre o consumo de bebida alcoólica pela gestante, o que leva a subentender que a mulher faz o uso socialmente, não havendo dados correlacionados ao uso abusivo do álcool (SANTOS; ESTEFANIO; FIGUEIREDO, 2017).

O consumo abusivo e/ou a dependência do álcool traz, reconhecidamente, inúmeras repercussões negativas sobre a saúde física, psíquica e a vida social da mulher. As mulheres dependentes de substâncias psicoativas apresentam características e necessidades de tratamento diferentes em comparação com os homens. Por isso, os estudiosos propõem o desenvolvimento de programas específicos para mulheres, e o princípio fundamental para desenvolver e implementar esses programas é utilizar estratégias particularmente responsivas às necessidades únicas das mulheres dependentes (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2005; GRINFELD; SEGRE, 2009).

Expondo o feto a um teratógeno, a mãe é moral e causalmente responsável pelo resultado. Está demonstrado que crianças de mães dependentes de substâncias psicoativas apresentam um risco elevado de doenças perinatais graves como: prematuridade, malformações, retardo no crescimento intra e extrauterino, sofrimento fetal e infecções, com

sequelas neurológicas e respiratórias. Além disso, a transmissão vertical de infecções ligadas ao uso de drogas como HIV, hepatite B, C e sífilis, também está aumentada neste grupo (COOK, 2004).

No curso da gravidez, o álcool pode desencadear os danos pré-natais, na época da concepção e primeiras semanas, de natureza citotóxica ou mutagênica, levando a aberrações cromossômicas graves. No 1º trimestre ocorre o risco de malformações e dismorfismo facial; no 2º semestre há o aumento da incidência de abortos espontâneos e, no 3º trimestre, o álcool lesa outros tecidos do sistema nervoso. Ademais, causa retardo de crescimento intrauterino e compromete o parto, aumentando o risco de infecções, descolamento prematuro de placenta, hipertonia uterina, trabalho de parto prematuro e presença de mecônio no líquido amniótico (MESQUITA, 2010).

Antes da 20ª semana de gravidez, o álcool pode ser absorvido pela pele do feto. Após a 24ª semana, a pele do feto está mais queratinizada, podendo assim limitar a absorção de álcool. Após esse estágio de desenvolvimento, o feto ingere o líquido amniótico, absorve o álcool, que vai para sua circulação, transferindo-o posteriormente para a circulação materna, parecendo ser esse o mecanismo de eliminação do álcool contido no líquido amniótico. No entanto, pode haver um lapso de três horas até que se elimine completamente o álcool do líquido amniótico, mesmo após a ingestão de apenas uma dose de bebida destilada. É provável que o líquido amniótico da gestante alcoolista se transforme num reservatório de etanol, pois o nível de etanol no líquido amniótico permanece elevado por mais tempo do que no sangue materno (BRASILIANO; HOCHGRAF, 2005).

Vale ressaltar a importância da assistência de enfermagem no pré-natal com qualidade, constituindo um momento de educação em saúde num amplo espectro. Os profissionais envolvidos neste processo devem orientar e promover a conscientização das gestantes sobre as possíveis implicações do consumo de álcool e outras drogas na gestação. Esse momento deve ser aproveitado para implementação de programas educativos, tendo a intenção de promover a saúde das gestantes por meio da educação e aconselhamento (CAIRES, 2017).

1.2.2 Cocaína e Crack na gravidez

A gravidez é um processo fisiológico, permeado por expectativas de como a criança irá nascer. E seu desenvolvimento e crescimento poderá ser influenciado quando a gestante

utiliza algum tipo de substância não recomendada. Um fator de alto risco para o bebê no que diz respeito à sua formação uterina e ao desenvolvimento pós-natal, são as drogas utilizadas por sua mãe durante e após a gestação, como o uso de drogas ilícitas (ROCHA et al., 2013).

O excesso no consumo de drogas lícitas e ilícitas atualmente é reconhecido como problema de saúde pública no mundo, principalmente, no Brasil. A cocaína é uma das drogas ilegais mais consumidas, enérgicas e perigosas. Essa droga é extraída das folhas da coca e é caracterizada principalmente por seu potente resultado excitante para o cérebro. Além disso, atua como um anestésico local e causa uma diminuição no diâmetro dos vasos sanguíneos (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Quando se usa a cocaína durante a gestação há o aumento de complicações, pois no organismo materno causa grave vasoconstrição e a droga atravessa rapidamente a barreira placentária, trazendo efeitos maléficos ao feto. A ação da droga, ao diminuir o fluxo sanguíneo da placenta para o feto, pode provocar diversas agressões ao binômio mãe-filho, como abortamento espontâneo, trabalho de parto prematuro, crescimento intrauterino retardado e sofrimento fetal crônico (MAIA; PEREIRA; MENEZES, 2015).

Além disso, a cocaína é considerada uma substância teratogênica podendo ocasionar também malformações urogenitais, cardiovasculares e no sistema nervoso central. O organismo do bebê leva mais tempo do que um adulto para eliminar a droga, de forma que esta permanecerá agindo por mais tempo na criança do que na mãe (YAMAGUCHI et al., 2008).

O crack é classificado como uma droga estimulante do sistema nervoso central (SNC), provocando um estado de vigília no usuário em suas atividades motoras, entre outros sintomas excitatórios (SILVA; KRUNO, 2014). O crack é preparado à base de cocaína com bicarbonato de sódio, sendo uma substância psicoativa euforizante, que causa dependência química rápida devido à alta absorção e rapidez na geração de efeitos, se comparado com a cocaína em pó, o que faz o sujeito querer mais em poucos minutos (CAMARGO; MARTINS, 2014).

O abuso de crack pode acarretar danos ao próprio sujeito, à família e à sociedade, como perda de emprego, violência, crimes, rupturas familiares e acidentes (OLIVEIRA et al., 2014). A depressão e a ansiedade também são comorbidades recorrentes nos usuários de crack, podendo torná-los antissociais e *borderline* conforme a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2012). O consumo da cocaína, assim como de seu produto alcalinizado (crack), tem aumentado drasticamente na população obstétrica durante as últimas décadas (YAMAGUCHI et al., 2008).

Mulheres consumidoras de crack não o utilizam isoladamente, mas fazem uso de outras drogas ilícitas em conjunto, em especial a maconha (SILVA; KRUNO, 2014). Diante disso, é possível destacar que há uso de outras substâncias que contribuem tanto para o déficit no desenvolvimento físico quanto para outros aspectos psicológicos e sociais (HAIEK *et al.*, 2016). A expansão do consumo de drogas psicoativas, principalmente, a cocaína e seus derivados (crack), atingiu as mulheres em idade fértil, gerando diversos desafios médicos e sociais para a relação entre o uso de drogas e a saúde materno-infantil (KASSADA *et al.*, 2013). A mulher que utilizou drogas antes da concepção e as suspende no período pós-concepção ainda pode causar riscos ao feto, pois o estresse materno pode ser grave durante a abstinência e o estado geral de saúde pode ser baixo, o que pode ocasionar problemas que atingem o feto (THOMPSON; LEVITT; STANWOOD, 2009).

Quando a usuária é gestante, tem-se problemas semelhantes à usuária que não é gestante, como a má nutrição, as doenças infecciosas e as sexualmente transmissíveis. Porém, quando existe a gestação, temos o agravante desta usuária não realizar o pré-natal, o que favorece a incidência de abortos, complicações obstétricas e morbidade neonatal, além de comorbidades relacionadas ao desenvolvimento da criança (VUCINOVIC *et al.*, 2008). O uso do crack é associado a atividades sexuais de risco, o que contribui para a gravidez não planejada, e até a contração do vírus HIV, requerendo exames mais específicos. Corroborando com esses problemas, compreende-se que o suporte psicológico, social e até psiquiátrico deve ser oferecido a estas mulheres (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013).

O uso de drogas durante a gravidez é complexo por uma série de condições sociais e médicas que podem atuar em conjunto para afetar a criança em desenvolvimento. Devido aos julgamentos que as gestantes usuárias sofrem pela sociedade, elas acabam se submetendo à marginalização, dificultando ou até impossibilitando-as de garantir uma vida com mais qualidade para elas e seus filhos, que sofrem com as consequências do uso da droga pela mãe, podendo levar essa mulher a problemas psicológicos e sociais, como suicídio, depressão e ruptura de relacionamentos (COSTA *et al.*, 2012; SILVA; KRUNO, 2014; TERPLAN, WRIGHT, 2010). Porém, quando a mulher deixa de consumir a cocaína no primeiro trimestre da gravidez, embora não sejam descartados os efeitos e consequências ao feto, há uma chance considerável de o bebê nascer saudável (AGHAMOHAMMADI; ZAFARI, 2016).

A maturação neuronal em crianças que foram expostas a drogas durante a gestação não ocorre de maneira natural, uma vez que a cocaína atravessa facilmente a placenta e conseqüentemente aumenta o risco de corromper o sistema nervoso central durante o desenvolvimento do feto. Esses riscos aumentam conforme a dosagem e a duração da

exposição do feto à cocaína. Nos casos de doses elevadas, pode ocorrer o aumento de dopamina no útero, causando maior tolerância da substância (LAMBERT; BAUER, 2012).

A mãe em uso de drogas tem suas prioridades afetadas, gerando comportamentos negativos em relação a essa criança. Em outras palavras, a maternidade que implica nos sentimentos de cuidar do bebê não ocorre devido ao comprometimento que a droga causa. Além disso, existe ainda o reflexo da realidade que essa mulher vivenciou durante sua infância ou vivencia atualmente, como instabilidade social, econômica e outras situações de vulnerabilidade, o que influencia diretamente no seu comportamento materno, sendo impossível generalizar o comportamento destas mulheres (YABUUTI; BERNARDY, 2014). Muitas vezes elas optam pelo abandono de seus filhos, maltratam-nos ou são julgadas pela justiça como incapazes de serem cuidadoras destas crianças, e são consideradas um grave problema de saúde pública e social (KASSADA *et al.*, 2013).

Crianças nascidas de mães usuárias de crack são menos amamentadas, usam mais o serviço de proteção infantil e frequentemente não são criadas pela mãe biológica (ABP, 2012). Segundo Costa *et al.* (2012), grávidas usuárias de crack consomem também outras drogas psicoativas e têm estilos de vida muito caóticos, tornando difícil identificar os efeitos causados somente pelo crack.

O crack pode desencadear problemas no sistema nervoso central e, conseqüentemente, problemas neurocomportamentais; há a possibilidade de estresse crônico do feto, o que pode desencadear desenvolvimento fetal restrito intra e extra útero, visto que este estresse contribui para aumento dos níveis de cortisol, o que favorece o déficit de atenção, distúrbios do sono e alteração do sistema imunológico a longo prazo (LAMBERT; BAUER, 2012). Os recém-nascidos que tiveram exposição ao crack durante a gestação podem ter dificuldades no ganho de peso, além disso, entre eles há maior incidência de apneia do sono e síndrome da morte súbita infantil (SILVA, 2014).

1.3 A Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica

Ao pensar que a adolescência é um período de transição entre a infância e a idade adulta, e um marco envolvendo um período de desenvolvimento e de mudanças biopsicossociais, reitera-se a vulnerabilidade mental nesta etapa da vida, ainda mais perceptível quando se trata do uso problemático de drogas, lícitas ou não. A Reforma

Psiquiátrica que se iniciou na década de 80, de forma ainda tímida, proporcionou uma melhoria nas propostas, principalmente entre a década de 90 e 2000, com relação à Saúde Mental (FIGUEIREDO, 2019).

A Reforma tem como grande projeto o regulamento das residências terapêuticas, excluindo a ideia de manicômios e hospícios, retirando o paciente da Saúde Mental à ideia de loucura e exclusão e o Programa “De volta para casa”, retornando essa clientela ao seu contexto sócio familiar. Entende-se que a Reforma Psiquiátrica é uma recente configuração da rede de Atenção Psicossocial, na qual se cria uma luta antimanicomial, com nova gestão e suporte (RADKE; CECCIM, 2018). Pensando nessas propostas, ocorreram maiores financiamentos, controle no âmbito social e cuidado às pessoas com transtornos mentais, pensando na integralidade do cuidado e em caráter interdisciplinar, criando-se assim, o cuidado na Atenção Psicossocial. E assim, considera-se a reforma como um marco importante no conceito de Saúde Mental e que (mantido até os dias atuais), o ano de 2004 foi escolhido como comemoração por ter ocorrido o I Congresso Brasileiro dos Centros de Apoio Psicossocial (CAPS) reunindo os mais de 1500 CAPS no Brasil (FIGUEIREDO, 2019).

Desde então, grandes avanços ocorreram para que houvesse a educação continuada dos profissionais que atuam na Saúde Mental, de forma a qualificar os serviços prestados, ampliando a rede e elaborando novas estratégias que favorecem ao âmbito social a qual os indivíduos que necessitem deste tipo de assistência sejam melhores assistidos, articulando, implantando e consolidando este tipo de assistência.

Partindo do princípio de que a saúde é o bem-estar físico, mental e social, o acesso universal ao Sistema Único de Saúde diz respeito ao acesso do indivíduo em toda sua completude, não dissociando os fatores que afetam a saúde (RADKE; CECCIM, 2018). Logo, entende-se que a Saúde Mental faz parte do processo de cuidado ao indivíduo, percebendo essa visão holística do sujeito, pois quando a Saúde Mental está prejudicada, todo o físico também está em malefício. A Reforma Psiquiátrica foi estruturada após denúncias de maus tratos e abandono dos doentes mentais pela família. E com isso, a rede de atenção à Saúde Mental foi composta pelos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivências, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Psiquiátricos e Gerais, articulando diversos serviços em busca da emancipação de pessoas com transtornos mentais, estabelecendo uma rede de cuidados diversificados, no que permite melhor acompanhamento de resultados do tratamento, e na melhoria da qualidade de vida. O funcionamento do CAPS é definido pela Portaria GM nº 336/2002, o qual atende pacientes em crise, com atendimentos

diurnos (CAPS I e II), e em regime de trabalho de 24 horas (CAPS III), de segunda-feira a segunda-feira (BRASIL, 2002c).

Neste sentido, esses serviços encontram-se preparados para a reabilitação psicossocial, que possui como objetivo primordial a permanência do indivíduo em seu território, tendo a oportunidade de realizar trocas afetivas e materiais, com vistas a independência institucional, fortalecendo vínculos sociais e a capacidade de autonomia do indivíduo, com destaque para a participação da família (KANTORSKI; WILLRICH, 2006). Percebe-se que a família fica completamente envolvida e engajada com o CAPS, visto que a continuidade, integralidade do cuidado e a ressocialização do sujeito requer a sua participação (OLIVEIRA; MENDONÇA, 2011).

Onocko-Campos e Furtado (2006) ressaltam que os CAPS se configuram como serviços comunitários, ambulatoriais e regionalizados, em que assumem o papel de articulador de uma rede de saúde, aproximando questões relativas à saúde coletiva e a saúde mental, constituindo um campo interdisciplinar de saberes e práticas. Ainda apontam que, com as características de um atendimento que deve romper com o modelo de atenção manicomial, é importante que se constitua em um serviço alinhado aos princípios do SUS, promovendo uma clínica ampliada, centrada no sujeito, buscando garantir o acesso, o que acaba por caracterizar os CAPS como serviços de saúde particularmente complexos.

Frente esta complexidade, os CAPS são classificados em CAPS I, CAPS II e CAPS III (definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional), os quais cumprem a mesma função no atendimento à população. Além destes, há, ainda, os Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e os Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad), os quais se destinam, respectivamente, ao atendimento de crianças e adolescentes e de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (BRASIL, 2002c).

O atendimento dos usuários está baseado em um projeto terapêutico singular e individualizado, ou seja, um planejamento em que o indivíduo e sua família estão envolvidos para a superação de suas dificuldades em razão a sua condição de saúde mental. Com este, será definido se o usuário terá atendimento intensivo – ou seja, diário, semi-intensivo – aproximadamente três vezes por semana –, ou não intensivo, com periodicidade semanal (BRASIL, 2004c). Com esta organização é esperado que se promova a saúde mental, dando atenção às demandas das relações diárias como sofrimento às singularidades deste tipo de cuidado, estando articuladas com as redes de saúde, redes sociais do território assim como as redes de outros setores (LEAL; ANTONI, 2013).

Os Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) são serviços de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas, deve oferecer atendimento diário, intensivo, semi-intensivo ou não intensivo. Esses serviços, conforme preconiza o Ministério da Saúde, devem contar com planejamento terapêutico individualizado de evolução contínua, possibilitando intervenções precoces, além de apoio de práticas de atenção comunitária e de leitos psiquiátricos em hospitais gerais. Vale ressaltar que a multidisciplinaridade nesses serviços é de fundamental importância para que os atendimentos possam ser mais humanizados, visando a liberdade e a autonomia das pessoas e não a reprodução de discursos (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006; BRASIL, 2003b, 2004b, 2005).

A implantação dos CAPS representa um avanço no tratamento das pessoas portadoras de transtornos mentais, e a regulamentação dos serviços destinados aos usuários de álcool e outras drogas representa um início para quebrar com paradigmas relacionados à figura dos dependentes químicos, muito associada à criminalidade e justiça (LARENTIS; MAGGI, 2012).

Até o ano de 2014, temos como registro mais de 2.200 unidades de atenção psicossocial, demonstrando um aumento constante nesse serviço, refletindo no crescimento estável na área, consolidando este modelo de atenção para pessoas com transtornos mentais e com necessidades de uso recorrente de álcool e outras drogas, assim como a abrangência na oferta de cuidados a esta clientela. Até 2014, foram implantados mais de 69 serviços desde a criação do CAPSad, destacando o Programa “Crack – é Possível Vencer”, ampliando o cuidado contínuo e extensivo aos dependentes de álcool e outras drogas. Este aumento é compreendido ao se observar que, em 2002, houve uma cobertura de CAPS para cada 100 mil habitantes em cada unidade federativa, enquanto em 2014, a cobertura nacional é de 0,86 CAPS para cada 100 mil habitantes (BRASIL, 2015c).

Segundo a Portaria MS/GM nº 3.088 12, de 23 de dezembro de 2011, a qual estabelece a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas, qualquer modalidade de CAPS pode acolher e realizar ações de cuidado às pessoas que necessitam de auxílio em relação ao uso abusivo de drogas, incluindo crianças e adolescentes, a depender da disponibilidade dos serviços no município e da dinâmica de atendimentos no mesmo (BRASIL, 2011b). A RAPS propõe ainda que as ações de cuidado aconteçam de modo ampliado, sendo a interlocução entre os diferentes pontos de atenção da Rede a premissa do trabalho e um elemento potente e fundamental para a efetivação das intervenções (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

A literatura aponta que há uma lacuna sobre onde os adolescentes estão buscando auxílio no que diz respeito às problemáticas relacionadas ao uso das drogas, sendo necessário dar foco a esta questão e realizar estudos que investiguem e aprofundem esta realidade, visto a importância e urgência que ela demanda (BARCELLOS-OLIVEIRA *et al.*, 2012; RAUPP; SAPIRO, 2005; VASTERS; PILLON, 2011).

Adolescentes vivenciam um processo de exclusão social e desengajamento em diversas esferas, aqui destacados o contexto escolar e, em alguma medida, o contexto familiar e o território onde vivem. Considera-se fundamental focar as ações de promoção e prevenção relacionadas ao uso de drogas voltadas aos adolescentes e familiares, que devem ser planejadas e executadas não em uma posição de repressão e combate, usualmente utilizada, mas sim com informações de acordo com a realidade desses sujeitos. Deve-se incentivar o envolvimento e participação dos adolescentes, familiares e profissionais de diversos serviços, nos diferentes setores, como educação, saúde, assistência social, judiciário, cultura, dentre outros (GALHARDI; MATSUKURA, 2018).

1.4 As Políticas de saúde em relação às drogas lícitas e ilícitas

A problemática identificada com o uso do álcool e outras drogas, no Brasil, foi voltada à criminalização mais do que como uma questão de saúde pública. Portanto, em um primeiro momento, foi considerado como resolução as medidas penais a esses usuários. Em uma perspectiva histórica, as medidas repressivas ao consumo de drogas ocorrem no ano de 1830, quando a Câmara Municipal do Rio de Janeiro aplicava penalidades aos negros sem ocupação que fossem pegos fumando maconha. Somente em 1890, através do artigo 159 do Código Penal Republicano, é que se tem expressa a proibição de substâncias tidas como nocivas (FORTES, 2010).

As primeiras medidas voltadas para o enfrentamento das drogas (e que 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 ações no Ministério. Ao contrário, desde o princípio o foco era na vigilância sanitária e no controle das epidemias que se apresentavam no território brasileiro (LIMA; PINTO, 2013).

A dependência química só ficou evidente com a forte influência da concepção médico-psiquiátrica, na qual o usuário de drogas passou a ser considerado um doente e os hospitais

psiquiátricos se tornaram os locais de assistência a esses clientes. O uso e o abuso das drogas apresentam problemas relacionados à dependência inerente a seu uso, complexidade de seus efeitos, (que ultrapassa o biológico, refletindo na sociedade), a rigidez dos efeitos produzidos pelo seu uso crônico, e o aumento da prevalência do uso na população (SANTOS; OLIVEIRA, 2013).

No Brasil, o uso de algumas drogas nem sempre foi considerado ilegal. A cocaína, a heroína e a morfina eram consumidas pelas elites urbanas, sobretudo no Rio de Janeiro. Também a morfina e a cocaína eram utilizadas para fins terapêuticos, sendo facilmente encontradas nas drogarias e no comércio ambulante (NEVES, 2018).

Na década de 1970, é editada a Lei nº 5.726, de 29 de outubro de 1971, que regulamenta medidas de tratamento, como a internação em unidades hospitalares e de medidas punitivas em relação ao tráfico e ao uso de entorpecentes. Ademais, esta lei não faz qualquer referência ao tratamento para a população dependente, exceto daqueles referidos como "infratores" e "viciados" (ALVES, 2009). Em 1976, foi aprovada e promulgada a lei nº 6.368, que reafirmou a tendência de abordar o uso e a dependência de drogas no campo médico-psiquiátrico.

Algumas alterações em relação à assistência incluíram a substituição do termo "viciado" por "dependente de drogas", a proposta da criação de estabelecimentos especializados na rede pública de saúde e o tratamento em regime fora da unidade hospitalar. Porém, ainda não representaram uma mudança efetiva no atendimento a esses usuários que ainda continuavam à deriva de uma assistência de qualidade (NEVES, 2018).

O surgimento das instituições chamadas de comunidades terapêuticas pode ser analisado como a consequência da ausência de uma rede assistencial que oferecesse suporte a esses usuários, mas também já indicavam o surgimento de um projeto de poder das instituições religiosas no Brasil, ao tomar para si o problema das drogas e reforçar o mercado de serviços assistenciais na área (NEVES, 2018).

Em 1987 foi criada a Divisão Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis/Aids no Ministério da Saúde, sendo posteriormente transformada em Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida DST/Aids. Esta conjuntura repercutiu em avanços e transformações no âmbito das ações de saúde pública voltadas à prevenção do uso de drogas no Brasil, pois em várias partes do mundo, como na Europa e Estados Unidos, as políticas públicas de saúde começavam a se voltar para as pessoas que usavam drogas, concomitantemente à ameaça de que a epidemia de HIV/Aids fugisse ao controle a partir desta população (ANDRADE, 2011). Nesta década, ocorreu o

início das primeiras práticas de assistência à saúde voltadas aos usuários de drogas, ainda que por um modelo baseado na internação psiquiátrica. Já em 1994, a ONU passou a apoiar o desenvolvimento de programas de prevenção da Aids entre usuários de drogas no Brasil, como os projetos de redução de danos (NEVES, 2018).

Em 1996, foi publicado o documento “Programa de Ação Nacional Antidrogas”, que propôs o melhoramento das ações públicas nas áreas de prevenção, correção, recuperação e reinserção social (BRASIL, 1996). No entanto, apesar de incluir preocupações do campo da saúde pública, o documento não propôs nenhuma modificação com o setor público de saúde, onde ocorria o processo de construção do SUS, de reestruturação da atenção em saúde mental e dos programas de redução de danos no Brasil. Neste momento, era registrado um crescimento das comunidades terapêuticas no Brasil (2004c), dada a persistente lacuna assistencial de serviços públicos voltados para a dependência química (NEVES, 2018).

Em 1996 é também criada a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda) que tem como objetivo a capacitação e a articulação dos Programas de Redução de Danos, além de organizar e movimentar politicamente os usuários de drogas e os agentes redutores de danos, que buscavam maior liberdade na gestão dos programas. Esta associação se propagou em vários estados brasileiros e passou a assumir um papel ativo na luta dos direitos dos usuários de drogas (PASSOS; SOUZA, 2011).

Mesmo assim, outros movimentos surgem no final da década de 1990, como a Rede Brasileira de Redução de Danos (Reduc) e a Rede Latino-Americana de Redução de Danos (Relard). Estes movimentos foram desenvolvidos para um papel importante na capacitação de profissionais, na sensibilização de diretores locais e, ao fazer pressão frente à política, visando à normatização de legislações menos punitivas (BASTOS, 2015).

O álcool e outras drogas passam a ocupar uma área da saúde mental a partir de um movimento que se inicia com a aprovação da Lei nº 10.216, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei determina a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e realoca o modelo assistencial em saúde mental, seguindo com a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2001, que teve como tema “Cuidar, sim. Excluir, não - Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social”. Logo depois, edita-se a Lei nº 10.409/2002, que delimita a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico de substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim relacionados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002a).

Ainda em 2002, o Decreto Presidencial nº 4.345, instituiu a Política Nacional

Antidrogas (PNAD), até então, inovadora no país. Posteriormente, o Ministério da Saúde dá início a organização de uma rede de atenção em saúde voltada aos usuários de álcool e outras drogas e institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, com o objetivo de sistematizar e organizar uma rede de serviços extra-hospitalares entre as esferas de governo e de criar ações preventivas como forma de diminuir os danos sociais e a saúde causados pelo uso de álcool e outras drogas (Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril 2002) – (BRASIL, 2002d). Como estratégia, criou-se o CAPSad, ainda em 2002, sendo compreendido como um serviço de atenção diária em saúde mental, que oferece atendimento individual, em grupo e em oficinas terapêuticas, além de buscar a introdução do usuário na família e na sociedade.

A aprovação da Política de Álcool e outras Drogas, em 2003, é consolidada pelo Ministério da Saúde, considerando o uso prejudicial e a dependência de álcool e outras drogas como um grave problema de saúde pública, relatando o álcool como droga. Vale ressaltar que tal política não instituiu o controle frente ao tabagismo, devido à, neste período, a temática ser apenas associada ao risco de desenvolvimento do câncer, não sendo enfatizado como dependência química (BRASIL, 2003a).

Neste mesmo ano, o Ministério da Saúde assumiu o compromisso com a área ao criar a Política para Atenção Integral aos usuários de álcool e drogas, entendendo que a abstinência não deve ser o único objetivo, devendo lidar com a individualidade e com responsabilidade do sujeito no seu tratamento, além da construção do elo com os profissionais de saúde (BRASIL, 2003a). Como incremento desta política, é publicada a Portaria GM/MS nº 2.197/2004, que amplia e reorienta a rede de atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no SUS (BRASIL, 2004b).

Em 2005, a criação desta Política contra o tráfico de drogas estabelece os fundamentos e as estratégias indispensáveis para que a batalha com o intuito de reduzir a oferta de drogas possa ser estabelecida de forma planejada e associada. Isso deu como resultado grandes e notórias conquistas, refletidas em mudanças consideráveis na abordagem dessa questão no país (BRASIL, 2004b). Através disto, observa-se a consideração em compreender o problema do uso de drogas como um obstáculo da saúde pública (BESSLER, 2018).

No ano de 2006, aprova-se Lei Federal de Drogas (Lei nº 11.343/2006), que relaciona atividades preventivas ao uso de drogas, em que são enfatizados alguns princípios, como: fortalecer a autonomia do indivíduo; respeitar às particularidades socioculturais; intervir especialmente nas populações mais vulneráveis; já para o usuário de drogas, a lei prevê repressão sobre os efeitos da droga, prestar serviços à comunidade e medidas socioeducativas

(BRASIL, 2006).

Em maio de 2007, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool (Decreto Presidencial nº 6.117/2007) que “dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade”. A política utiliza o conceito de minimização de danos como um elo estratégico de medidas de saúde e como referencial para as medidas preventivas na área, além de estímulo ao fortalecimento das redes locais de atenção integral para as pessoas que apresentam problemas decorrentes do uso de bebidas alcoólicas no SUS (BRASIL, 2007). Já em 2008, esta política inicia a fiscalização de consumo de bebidas alcoólicas no trânsito, conhecida como “Lei Seca”, novamente instituindo o uso do álcool como crime, que causa danos psicossociais, morte e aumento da violência, e não como um problema de saúde (BRASIL, 2008).

Em junho de 2009, foi criado pelo Governo Federal o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) (Portaria GM/MS Nº 1.190). Este plano retrata o perfil epidemiológico recente do país, a falta de assistência desses usuários nas políticas públicas, a indispensabilidade do fortalecimento da saúde mental, como o CAPSad, enfatizando o aumento significativo do uso de drogas, especialmente o crack (BRASIL, 2009). Em dezembro do mesmo ano, o Ministério da Saúde lança a Campanha Nacional de Alerta e Prevenção do Uso de Crack, divulgada pela mídia e considerada iniciativa inovadora para prevenção do consumo da droga. Além disso, o Ministério ainda instituiu a Política Nacional para a população em situação de Rua, através do Decreto nº 7.053/2009, associando o uso da droga com a questão social relacionada à ausência de e/ou moradias precárias.

Em 2011, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2011) edita uma resolução (RDC nº 29) que “Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas”. Compreendendo assim o início da preocupação com os profissionais que atendem a esse público considerado de maior vulnerabilidade.

Na área das políticas de saúde, no mesmo ano, o Ministério da Saúde retifica a Portaria MS/GM nº 3.088 de 2011 que “Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)”. O crack se torna mais evidente na rede de atenção, mostrando como o contexto político e social passa a trazer maior visibilidade a esta problemática. Seguidamente, em dezembro, o governo federal cria o

programa “Crack: é possível vencer”, como uma nova ferramenta de combate à droga através da Prevenção, do Cuidado e da Autoridade (BRASIL, 2011b).

Posteriormente em 2014, o Ministério da Saúde lança o curso “Álcool e outras drogas, da coerção à coesão”, oferecido à distância, em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para profissionais que atuam com essa demanda. Além disso, criou-se a “Plataforma Brasileira de Políticas de Drogas”, que busca o debate e a promoção de políticas sobre as drogas focando a garantia dos direitos humanos, na redução de danos pelo uso prejudicial das drogas e pela não legalidade com a violência relacionada a este problema (BRASIL, 2014).

Na Câmara dos Deputados é criado em 2015 a “Frente Parlamentar em Defesa das Comunidades Terapêuticas”, o que nos faz entender ainda mais a visibilidade política que estas comunidades começaram a ter. Observa-se, através desta análise, que o rumo das políticas públicas na área de álcool e outras drogas é influenciado por posicionamentos entre diversas abrangências (NEVES, 2018).

Na formulação de políticas públicas sobre drogas existem problemas em diversos setores. Temos o setor da justiça e da segurança pública, que envolvem disputas de posicionamentos entre os discursos contra as drogas e o debate em torno da legalização ou não das drogas. Já no campo da saúde e serviço social, estes impasses envolvem questões como a forma de internar os usuários em hospitais psiquiátricos, deixá-los internados ou não, a comunicação e abrangência entre os setores e profissionais, reinserção social e a minimização de danos. Estes problemas amparam as práticas da saúde mental com a área de álcool e outras drogas e os conflitos entre os campos que estão envolvidos nesta temática (TEIXEIRA et al., 2017).

No que se refere a redução de danos, iniciou-se a ideia de construir um novo campo de desafios na política de combate às drogas, pois a política antidrogas, que antes atuava apenas como proibição, acrescentou a abstinência como paradigma predominante no tratamento de usuários de drogas (SOUZA, 2013). Essa questão reflete o olhar não só na construção do indivíduo usuário de drogas, mas, também, como a reflexão acerca da história de vida deste sujeito. Neste propósito, compreende-se o cuidado holístico desse indivíduo, dando o acesso a uma rede de serviços de saúde de qualidade, a garantia de direitos e respostas com menor julgamento no que concerne a atenção aos usuários de álcool e drogas, levando como importante o sujeito, a sua história e a sua individualidade.

No que tange a questão da mulher grávida em uso problemático de drogas, é importante ressaltar a deficiência de políticas ou programas que acolham diretamente a essa

clientela. A elaboração e proporção de intervenções de assistência às grávidas dependentes se tornam relevante na tentativa de interromper ou reduzir o consumo de cocaína. As propostas de educação preventiva envolvem o ato de restabelecer sentidos para a vida social, desenvolvendo valores e normas éticas baseadas no respeito à pessoa e às suas diferenças. A elaboração das normas que regem o uso de substâncias psicoativas no Brasil sofreu diversas alterações no curso do desenvolvimento social e econômico (MARQUES; CRUZ, 2000; MEDEIROS, 2014; SANTOS *et al.*, 2012).

Através desses dados, considera-se que as políticas públicas ainda precisam envolver e destacar a problemática como questão de melhoria no âmbito da saúde. Compreender que, embora o álcool seja lícito, possui efeitos danosos no organismo do cidadão, assim como possui maior repercussão psicossocial em curto e médio prazo, favorecendo a morte, alterações de humor e acidentes, assim como as drogas ilícitas, especialmente no quesito gestação. E, ainda mais no quesito adolescente, já que não se tem programas específicos existentes envolvidos nesta temática. Portanto, a complexidade do uso de drogas perpassa uma construção política, cultural e econômica, cabendo à visibilidade do tema como iniciativa para mudança deste paradigma brasileiro.

1.5 Referencial Teórico

Para compreensão da proposta deste estudo foi definido, a partir das narrativas de vida das adolescentes, como aporte teórico o conceito de Vulnerabilidade, que sucintamente define como é a exposição da pessoa a algum dano, e a Teoria da Transição, de Afaf Ibrahim Meleis (2010), que explicita as mudanças ocorridas pertinentes às experiências de transição do sujeito.

1.5.1 A vulnerabilidade

É comum os estudos na área da saúde utilizarem o termo vulnerabilidade, sempre o relacionando ao conceito de dano, problema ou perigo. Ao realizar a busca nos Descritores de Ciências da Saúde, a palavra “vulnerabilidade” é remetida aos descritores: “índice de

vulnerabilidade social”, “vulnerabilidade sexual”, “análise de vulnerabilidade”, “vulnerabilidade social”, “vulnerabilidade a desastres”, “vulnerabilidade em saúde”, “estudo sobre vulnerabilidade”. De forma geral, é definido como “estudo e investigação de todos os riscos e as ameaças possíveis de causarem um desastre”.

Nessas definições é possível notar que todo e qualquer indivíduo que se torna ou se mantém fora da normalidade biopsicossocial pode ser considerado um ser vulnerável. Logo, os grupos em que esses indivíduos são agregados também possuem suas deficiências. Pensando no adolescente, é considerado como vulnerável; o dependente de álcool e drogas é um ser vulnerável; a gestante, também é um ser vulnerável; um recém-nascido hospitalizado também está vulnerável. Pensando na vulnerabilidade em saúde, reflete-se nos agravos à saúde do indivíduo, podendo gerar agravos e até a morte (NICHATA *et al.*, 2008).

Para Yunes e Szymanski (2001), a vulnerabilidade de um indivíduo só vai existir se este estiver exposto ao risco, a fatores de risco. O conceito de risco, conforme Ayres *et al.* (1999), refere às “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição aos agentes (agressores ou protetores) de interesse técnico ou científico”. Logo, considera-se risco aquilo que expõe o indivíduo a uma probabilidade.

O termo vulnerabilidade, segundo Ayres (2018), é o conjunto de fragilidades que leva a pessoa a se tornar vulnerável, estando ela exposta a riscos. A vulnerabilidade pode ser conceituada como individual, social e programática. Este termo iniciou sua empregabilidade quando houve a epidemia de HIV/Aids, onde a população homossexual especificamente, sendo mais afetada nesta época, buscava junto às políticas públicas a minimização de agravos à saúde.

Ayres (2018) reforça que este conceito favoreceu a aproximação do sujeito com a sociedade e as políticas públicas, compreendendo que não somente o governo deva se mobilizar em algo ou criar programas específicos, mas também a mobilização da sociedade no geral, assim como o indivíduo deve refletir que o dano ou agravo à saúde também é de sua própria responsabilidade, sem segregação das esferas. Percebe-se que a vulnerabilidade não é um termo utilizado de forma engessada. Entender a vulnerabilidade requer dos envolvidos uma luta política, ética e social.

Pensar em vulnerabilidade não é descartar a subjetividade do indivíduo, mas sim, agregar suas questões sociais àquilo que para o indivíduo remete a sua percepção. Ayres (2018) enfatiza que tratar da vulnerabilidade é entender as relações sociais como um processo de resolução e de conflitos, porém, de forma a refletir que estes processos fazem parte do

percurso para o reconhecimento mútuo e que são socialmente relevantes. Reforçando que o diálogo entre a tríade indivíduo-família-sociedade, através dos valores que os orientam, que permeiam em condições favoráveis à saúde, fundamentos experiências, elaborando conceitos, processando as representações voltadas à nossa autocompreensão.

Destacar pessoas vulneráveis é intentar sobre grupos de pessoas que permeiam a ideia de grupos de risco ou que possuem comportamento de risco. A intenção desta concepção nos remete a pretensão de que não adianta apenas a prevenção de doenças do indivíduo se este grupo de pessoas está favorável a riscos ou danos à sua saúde. Nos remete a analisar quais os fatores que arriscam esses grupos e o que é possível melhorar ou acrescentar ou ainda reduzir dos fatores que os predis põem para mudanças de comportamentos nestes indivíduos. Ampliando o campo das reflexões em relação a múltiplos conceitos, como condições de moradia, condições sociais, econômicas, políticas e culturais, por exemplo. Tal reflexão deve ser consciente e acautelada por esses grupos. Neste conceito, entende-se que falar de prevenção não é só subjugar ou notificar uma determinada população, mas sim fazê-la aderir ao que é remetido a eles como essência, acreditando que são condições nocivas ou circunstâncias que desfavorecem a sua qualidade em saúde (PAULILO; JEOLÁS, 2000).

Para Ayres (2009. p. 11),

De modo sumário, os estudos de vulnerabilidade buscam compreender como indivíduos e grupos de indivíduos se expõem a dado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais e afetivos), que implicam exposição e suscetibilidade ao agravo em questão; características próprias a contextos e relações socialmente configurados, que sobredeterminam aqueles aspectos e, particularizando a partir destes últimos, o modo e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação – chamadas, respectivamente, de dimensão individual, social ou programática.

Partindo deste conceito, não podemos só pensar que mulheres, negras, com baixo índice socioeconômico são vulneráveis ou apresentam contexto de vida vulnerável. A vulnerabilidade pode atingir diversos conceitos sociais, políticos, lugares e populações, tornando o conceito de vulnerabilidade uma exposição cumulativa. Não vale estigmatizar apenas por achar variáveis de cunho socialmente retratado como vulnerável, mas de também entender que toda e qualquer vulnerabilidade implica nas variáveis relativas às condições de vida. Estar vulnerável remete-se ao perigo e, conseqüentemente, ao risco a que se é exposto (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O termo vulnerável pode ser embasado em vários subtipos. A vulnerabilidade individual se refere ao grau e a qualidade de informação que cada indivíduo se dispõe, tendo capacidade de confecção de informações aplicando esta compreensão na sua vida cotidiana. Pode ser retratada como situações particularizadas, informações e conhecimentos prévios sobre problemas específicos, atitudes ou práticas, relacionado ao comportamento e a racionalidade, assim como as relações envolvidas no processo saúde/doença. Deve-se sempre lembrar que estes temas repercutem a suscetibilidade do indivíduo ao contágio ou ao agravo em saúde (AYRES et al., 2006; OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Já a vulnerabilidade social nos diz respeito sobre um conjunto de fatores sociais que determinam a chegada desta informação individualmente, seja através de informações, culturas, serviços de saúde, fatores políticos, socioeconômicos, moradia, trabalho, religiões e até investimentos na saúde. Ao pensar no indivíduo vulnerável socialmente, pensamos em algo coletivo. Podemos citar como exemplo os grupos de indivíduos vinculados uns aos outros, como pessoas que possuem relações de etnia, relações religiosas, relações de gênero. Corroborar-se com a dimensão do indivíduo com a sua coletividade, enfatizando para além do comportamento prejudicial exclusivo, como também a relação que permeia este ser, como vínculos, estratégias de planejamento, construção identitária, configuração estratégica de análise daquilo que se constitui vulnerabilidade (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

O desenvolvimento de programas, a elaboração de estratégias para o alívio do risco que o sujeito está exposto pode ser considerado como vulnerabilidade programática, cuja relação do poder público favorece seus investimentos no intuito de minimizar os problemas relacionados ao indivíduo, os recursos ofertados, o monitoramento da saúde nos diversos tipos de atenção, de forma a reduzir problemas ou doenças nessa população (AYRES *et al.*, 2006). A partir deste conceito, são assim compreendidos termos como epidemia, articulação de cuidados integrais em saúde, com intuito de mudança gradativa, superando aqueles riscos relacionados ao sujeito. Se esses serviços de saúde não aderem à forma e contextos sociais visando a redução de danos, temos aí a vulnerabilidade programática. Para isso, deve-se permear o sujeito com atuação de setores inter-relacionados à saúde, como educação, cultura, justiça, bem-estar, pensando assim em fatores que condicionam e determinam saúde de forma holística e interativa (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Não se pode confundir vulnerabilidade com fragilidade. Não necessariamente, o sujeito visto ou considerado fragilizado demandará necessariamente de mais riscos e conseqüentemente de estar mais exposto a maior vulnerabilidade. A característica normativa varia de cada um. A inovação de acordo com o seu limite existe, porém, a intervenção no

curso próprio da vida é que vai referenciar os possíveis riscos e as múltiplas formas de intervenção, minimizando os fatores de vulnerabilidade coexistentes (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

1.5.2 Teoria da Transição: Afaf Meleis

Natural do Egito, a Enfermeira e Socióloga Afaf Ibrahim Meleis, formou-se em Enfermagem pela Universidade de Alexandria, se tornando Mestre em Enfermagem em 1964. Após dois anos, também se graduou em Sociologia, concluindo seguidamente seu Doutorado em Psicologia Médica e Social na Califórnia. Sempre teve o intuito de desencadear o pensamento teórico-científico no cuidado à população. Em São Francisco, viveu 34 anos de sua vida, e lá desenvolveu a Teoria da Transição (MELEIS, 2007).

Seus interesses em pesquisa foram abrangentes especialmente em relação aos imigrantes, levando as indagações relacionadas à transição destas pessoas. Meleis define transição como a passagem ou movimento de uma situação, condição ou de um lugar para outro. Uma mudança na saúde, nas relações, nas perspectivas ou capacidades, o que pode desencadear uma mudança nas necessidades do organismo de uma pessoa (MELEIS et al., 2010).

A transição não é um evento que ocorre na vida do sujeito, mas, sim uma nova forma de organização ou transformação interna e uma restauração pessoal pela qual os indivíduos atravessam e incorporam uma nova forma de vida. A transição pode ocorrer de várias formas e ao mesmo tempo em um mesmo sujeito. Para isso, é importante que o indivíduo compreenda essas transições e esteja preparado para enfrentá-las (MELEIS, 2010).

Meleis (2010) destaca cinco sentidos ou significados diferenciados para a palavra transição: a passagem, que consiste em passar de um estado para outro ou mudar uma coisa para outra; mudança, transformação, modificação, troca; evento (ou ocorrência); a harmonia (ou mudança de tom); conexão do que se acredita ou que se acompanha, absorvendo características em comum.

Para se compreender o processo de transição, é necessário que haja uma percepção do entendimento do processo. Essa percepção pode ser positiva, negativa ou neutra, e vai originar uma transição desejada, planejada ou não. As expectativas em relação à transição irão depender das experiências vivenciadas do sujeito anteriormente ao processo transicional, as

quais poderão interferir nessa transferência (SCHUMACHER; MELEIS, 2010).

O tempo necessário para a transição é incerto e depende da natureza da mudança e da influência dela na vida das pessoas, podendo ocorrer avanços e retrocessos. É um processo longo e vagaroso. Quando se fala em Enfermagem e no seu pilar de trabalho, que é o cuidado, corrobora com a importância do conhecimento da transição, das suas implicações, resultados, repercussões e efeitos (MELEIS et al., 2010).

A Teoria da Transição é conceituada por seis variáveis, sendo elas: os tipos e padrões de transição, as propriedades da transição, os padrões de resposta com as terapêuticas de enfermagem, e as condições que facilitam ou inibem a transição. Todas as pessoas vivenciam o início, a passagem e o término do processo transicional, porém essas fases, nem sempre, são percebidas pelo grau de relação que conservam entre si mesmos (MELEIS, 2009).

Suscintamente, entende-se as variáveis da Teoria da Transição da seguinte forma (MELEIS, 2010; SCHUMACKER; MELEIS, 2010):

Os tipos de transição: desenvolvimental (mudança fisiológica de vida, como sair do período infantil para a adolescência), saúde-doença (como por exemplo, uma doença em que o paciente seja prejudicado financeiramente, e/ou que modifique a rotina dele e da família), organizacional (interfere na vida de um conjunto de pessoas, como por exemplo, políticas públicas de saúde voltadas para o uso e o consumo de drogas) e situacional (como um acontecimento inesperado na vida, por exemplo, a permanência de um filho em uma unidade hospitalar).

Os padrões de transição: podem ser simples ou diversos, prosseguidos ou ao mesmo tempo, relacionados ou não associados.

As propriedades de experiências de transição: são primordiais para experiências de transição: conscientização (entender o que está acontecendo), envolvimento (se envolver no processo), mudança e diferença (compreender que nem toda mudança é necessariamente uma transição), período de tempo (delimitação de tempo específico para que a transição ocorra), pontos e eventos críticos (relaciona-se ou não a algum evento específico).

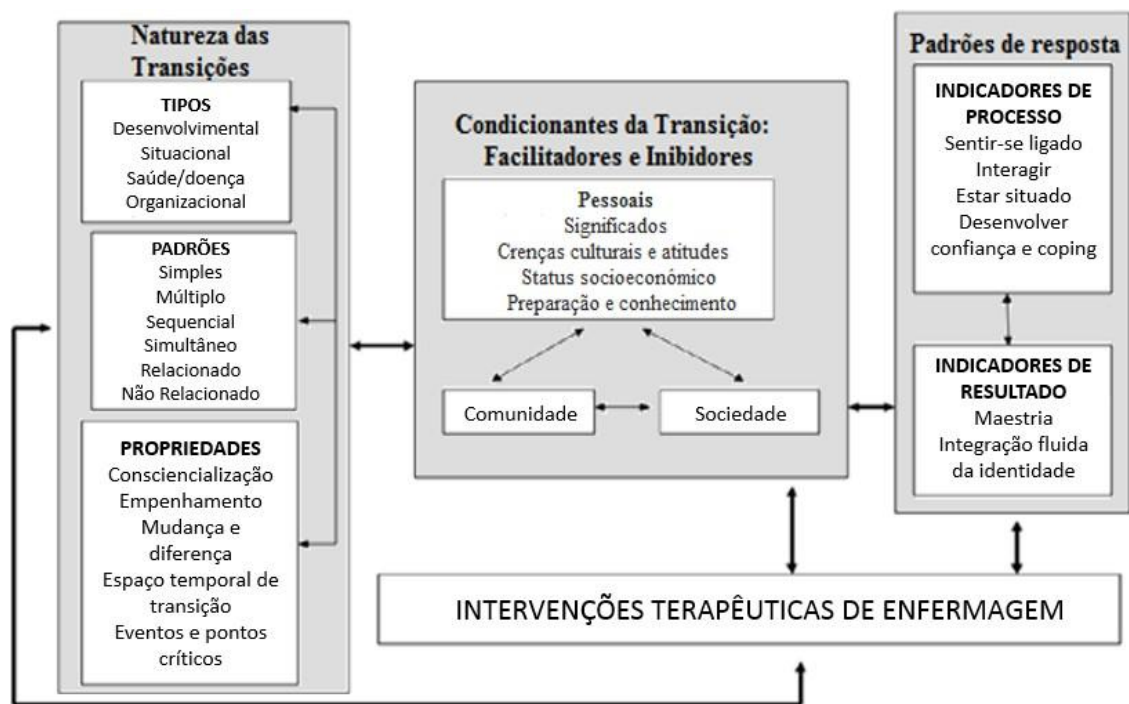
Os Padrões de resposta: seriam a forma como as pessoas respondem a uma transição. Associa os indícios do processo e dos resultados, o que irá identificar o processo de uma transição saudável ou não. Mesmo que ocorra nas mesmas condições, a Transição sempre será variável.

As condições de transição: são condições que favorecem e/ou inibem o processo transicional, influenciadas por dois fatores: os pessoais (religião, etnia, atitudes, pensamentos, situação social) e os fatores sociais (a comunidade e a sociedade que o sujeito está inserido).

A Teoria da Transição centra-se na interação entre as pessoas e a natureza a partir de condições facilitadoras ou inibidoras das pessoas ou comunidade/sociedade, tendo essência positiva. O objetivo desta é compreender o processo de transição para que sejam implementadas ações que auxiliem as pessoas a atingirem a estabilidade e a sensação de bem-estar. Para entender o período de transição há a necessidade de descobrir os efeitos e significados das alterações que esse processo envolve (MELEIS et al., 2000).

Através das pesquisas acerca das experiências de transição em diferentes situações, e com seus resultados expressos em um artigo internacional (MELEIS et al., 2000), construiu-se um modelo explicativo para a Teoria da Transição de Meleis como uma teoria de médio alcance para melhor explicitação, sendo adaptado por Santos (2018) - (Figura).

Figura 1 - Teoria da Transição de Meleis - uma teoria de médio alcance



Fonte: SANTOS, 2018. Tradução e adaptação de CANAVAL et al., 2007.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Tipo de Estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, acerca da vulnerabilidade das mães adolescentes que usam álcool, crack/cocaína e que estão com o filho internado. A pesquisa qualitativa permite o envolvimento do pesquisador com o sujeito pesquisado, e os dados coletados nem sempre possuem demarcações distintas (MINAYO; GOMES, 2015). A escolha por esse tipo de pesquisa tem a função de permitir que o pesquisador obtenha informações que traduzam, subjetivamente, a essência da vida de alguém. É aplicado ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, opiniões e percepções que cada indivíduo faz a respeito de como se vive, pensa e sente (MINAYO, 2010).

O método Narrativa de Vida originou-se da área das ciências sociais e vem sendo empregado em outras áreas como as de Educação e Enfermagem, em especial na segunda. Realizou-se uma busca sobre estudos que já utilizaram esse método, a partir da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) com um recorte temporal relativo aos últimos 10 anos (2018-2008) 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 Bases de dados da Enfermagem (BDENF). Foram encontrados 1764 estudos no total, sendo 1699 artigos científicos, 56 teses/dissertações e 9 monografias. Desses, 1211 artigos foram encontrados na MEDLINE; 412 artigos, 41 teses/dissertações e 8 monografias na LILACS e, por fim, foram encontrados 76 artigos, 15 teses/dissertações e 1 monografia na BDENF.

Utilizou-se o método Narrativa de Vida e teve como referencial teórico metodológico o sociólogo francês Daniel Bertaux. O método 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). Nesta pesquisa, as pessoas ouvidas foram mães adolescentes em uso de álcool, crack/cocaína com filhos internados.

Assim, o método, permite que as participantes da pesquisa narrem livremente sua experiência vivida, sem que a pesquisadora se preocupe 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). Desta maneira, segundo preconiza Bertaux (2010), foi possível compreender um determinado grupo social a partir de diversos grupos sociais que compõem a sociedade.

Em sua maioria, os estudos que utilizaram o método narrativa de vida enfocaram como objeto de estudo as percepções de indivíduos frente a algum acontecimento que possa modificar a vida de outrem ou do próprio sujeito, sendo um fragmento particular da realidade e da trajetória de vida do entrevistado, no olhar singular daquilo que o sujeito acredita. Esse método não prioriza datas e acontecimentos concretos, mas, sim a construção da história de alguém, na tentativa de formar um todo, constituindo uma base para pesquisas que revelam ou buscam respostas para diferentes dados.

Realizou-se a análise temática e comparativa das narrativas das adolescentes entrevistadas. De posse do material transcrito (narrativas), realizou-se a leitura flutuante inicial e agrupamento por similaridade o que permitiu que temas em comum emergissem (BERTAUX, 2010).

2.2 Cenário de Pesquisa

Os cenários de pesquisa foram duas maternidades que acolhem mulheres em processo de parturição, seja de risco habitual ou de alto risco, especificamente na UTI Neonatal, devido a existência de um setor que proporciona a internação de crianças com algum tipo de morbidade. Ressalta-se que na UTI Neonatal, nem sempre estão apenas os recém-nascidos, mas, também lactentes, que internaram seus RNs e que se mantiveram internados em período prolongado. Nesta estadia longínqua, optou-se pela captação destas mães adolescentes que acompanham o filho cotidianamente no setor, e assim, realizar a ambientação e esclarecê-las em relação à pesquisa. Ambos os cenários estão situados no estado do Rio de Janeiro, sendo uma maternidade localizada na Região Central e a outra na Baixada Fluminense.

O primeiro cenário, a maternidade municipal situada em Nova Iguaçu, é referência no atendimento de média e alta complexidade às gestantes da Baixada Fluminense. Foi reaberta em 2012, após um longo período de reforma. Obteve uma nova reforma, ampliando a estrutura da unidade. A unidade recebe cerca de 4 mil pessoas, quase 60% a mais do que a capacidade prevista, de 2.500 atendimentos, e cerca de 45% dos pacientes são de outros municípios, visto que é uma das poucas unidades da região (O DIA, 2019). Já o segundo

cenário, a maternidade municipal do Rio de Janeiro, situa-se na zona central. Foi reinaugurada em 1987, com um novo perfil para atendimento a gestante de alto risco e cirurgias ginecológicas. Anualmente realiza mais de 6 mil atendimentos.

Ambas as unidades possuem ambulatório, emergência obstétrica, unidade de terapia intensiva (UTI) neonatal, unidade intermediária (UI) neonatal, unidade de terapia intensiva materno fetal, alojamento conjunto, internação de gestantes, centro obstétrico, centro cirúrgico e enfermagem ginecológica. Intuiu-se buscar a realidade em duas instituições em diferentes localidades a fim de compreender a realidade vivida pelas mães adolescentes em ambos os cenários.

A escolha destes cenários ocorreu devido os problemas socioeconômicos nestas localidades se tornam mais evidentes, assim como o difícil acesso às políticas de saúde, a desordem urbana e a violência, sendo correlacionados como possíveis agravantes para a gravidez na adolescência (SILVA et al., 2013). Ao visitar o bebê internado, a mãe era convidada pela pesquisadora sobre a pesquisa, sendo informada sobre a entrevista e da importância das suas narrativas, deixando-as com o livre arbítrio de decidir sobre sua participação.

2.3 Participantes do Estudo

As participantes do estudo foram 13 mães adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos (assim como é classificada a faixa etária da adolescência pelo Ministério da Saúde e OMS), internadas ou não, em consumo problemático de álcool e outras drogas com filho internado na UTI neonatal das respectivas maternidades.

Para a coleta de dados adotou-se como critério de inclusão as mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos com filho internado na maternidade, que usaram álcool, crack e cocaína durante a gestação, parto e/ou puerpério. Como critério de exclusão foram descartadas as mães adolescentes que apresentaram algum distúrbio mental que as impossibilitassem de narrar a sua vida.

A ambientação deste estudo ocorreu nos momentos que a pesquisadora foi até os cenários de pesquisa, adentrando na UTI Neonatal e no Alojamento Conjunto, especificamente. Como a maioria das internações dos bebês ocorria de forma prolongada, a

pesquisadora aproveitava as visitas destas mães ao setor e explicitava sobre os objetivos da pesquisa e a contribuição delas para o estudo, realizando assim, o convite à mesma. A partir do aceite, a adolescente era encaminhada para uma sala privativa junto à pesquisadora para que assim ocorresse a entrevista sem nenhum tipo de interrupção.

Essa ambientação pela pesquisadora é proposta por Daniel Bertaux (2010), ocorrendo nas duas maternidades. Na maternidade situada no município do Rio de Janeiro, verificou-se todos os setores onde poderiam ser encontradas essas mães adolescentes em consumo problemático de álcool e drogas. Foi realizada a visita com vista ao conhecimento dos setores e o fluxo de atendimento a estas mães. Conheci profissionais da enfermagem, equipe do serviço social, psicologia e, também, a equipe médica, atuantes no Alojamento Conjunto e na UTI Neonatal.

Nesta ambientação, encontros prévios com estas mães foram proporcionados e conversas ocorreram incluindo a apresentação, a leitura dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecido e de Assentimento Livre e Esclarecido para a adolescente (APÊNDICES A e B), além da visita ao filho destas adolescentes internados, assim como orientações e esclarecimentos de dúvidas dessas mulheres possibilitando assim a captação e entrevistas de seis participantes. Duas se recusaram a participar, alegando timidez e falta de vontade, uma delas informando que não queria falar sobre sua vida.

Na maternidade situada na Baixada Fluminense, a equipe de saúde interdisciplinar foi bem acolhedora, visto que a pesquisadora trabalhou por um longo período dentro da UTI neonatal da unidade, o que favoreceu a familiarização e aproximação das mães e da equipe. As próprias profissionais da enfermagem avisavam a pesquisadora quais eram as mães adolescentes de que suspeitavam um consumo problemático de álcool e outras drogas. A ambiência no setor e a aproximação às entrevistadas fluíram de forma mais facilitada e sete mães adolescentes aceitaram participar.

Inicialmente, observou-se que a pergunta norteadora assustava as mães adolescentes. Nas três primeiras entrevistas realizadas foi observado que ao adentrar no “consumo problemático de álcool, crack e cocaína” realizando a pergunta norteadora: “Fale-me a respeito da sua vida que tenha relação com o consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à internação do seu filho”, as participantes se apresentavam receosas e assustadas, fazendo perguntas mesmo após leitura dos Termos de Consentimento e Assentimento entregue. Duas delas questionaram se a narrativa gravada seria divulgada para alguma emissora de televisão ou sairia em algum jornal. Razão pela qual se optou por modificar a

pergunta norteadora da entrevista para “Fale-me a respeito da sua vida que tenha relação com a internação do seu filho”.

Mesmo assim, em algumas das entrevistas, ou antes de iniciar as gravações, duas adolescentes questionaram se a entrevista seria exposta, pedindo para que nada relatado fosse divulgado (mesmo informando antecipadamente sobre o sigilo da entrevista). Foi perceptível sentimentos como o medo, a angústia e a preocupação de falarem sobre o ilícito, a consequente represália dos profissionais da instituição e a possibilidade de ter o filho afastado pelo Conselho Tutelar. A ambiência possibilitou a obtenção da confiança das adolescentes e a aproximação da pesquisadora das participantes da pesquisa.

As participantes do estudo foram 13 mães adolescentes que estavam com o filho internado na UTI Neonatal e que, em algum momento relatou o uso problemático de álcool e outras drogas. Todas as entrevistas foram realizadas em local reservado, onde as entrevistadas puderam ficar à vontade para falar. As narrativas foram gravadas em MP4 e não houve tempo preestabelecido para a gravação. Utilizou-se um instrumento para coleta de dados composto de: caracterização e dados sociodemográficos (identificação, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, idade atual, cor, quantidade de residentes da moradia, idade em que começou o uso da droga, localização da moradia); dados obstétricos e sobre a internação do bebê (número de gestações, abortos e filhos, tipo de parto e realização de pré-natal, idade gestacional, classificação do recém-nascido quanto ao peso e idade gestacional, escala de Apgar e diagnóstico inicial de internação do RN).

Pela perspectiva etnossociológica, todas as entrevistas foram transcritas, na íntegra, imediatamente após a 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. Isso permite ao pesquisador examinar detalhadamente as entrevistas, preservando todos os vícios e erros da língua (BERTAUX, 2010).

A análise ocorreu simultaneamente conforme eram transcritas as narrativas, e também, sendo descrito tudo que foi observado durante a entrevista (linguagem corporal, impressões, emoções) – o não-dito, como recomendado por Bertaux (2010), pois às vezes isso é mais importante do que o dito, por ser aquilo que não consegue ser traduzido por palavras, mas que está aparente nas reações, nas expressões faciais, no choro, no silêncio. Para captação do não-dito, foi utilizado um diário de campo onde foram registrados desde o primeiro contato com a entrevistada e o dia de cada entrevistada. Esta anotação é recomendada pelo método de narrativa de vida. Sua finalidade foi ajudar na transcrição e análise através das anotações das

falas que antecederam as gravações, das impressões, emoções, silêncios, postura, choro, dificuldades (BERTAUX, 2010).

As entrevistas foram caracterizadas por reflexão, timidez e desconhecimento. As participantes relataram muitas dificuldades no contexto social, familiar e maternal. Em sua maioria as participantes ficavam pensativas quando eram questionadas sobre o uso de drogas, assim como o olhar triste e distante ao falar da internação do filho e suas dificuldades neste processo. Porém, a todo o momento as adolescentes se apresentavam otimistas com a recuperação do filho e os planos para o futuro.

O quantitativo das entrevistas não foi pré-determinado. A coleta de dados se deu até atingir o ponto de saturação, quando se percebeu que as entrevistas não agregavam mais algum valor ou informação diferenciada ao conhecimento sociológico do objeto de estudo e não acrescentavam informações novas para a análise (BERTAUX, 2010). Sendo assim, atingiu-se o ponto de saturação após treze narrativas. As participantes foram identificadas por ordem numérica de entrevistas realizadas com as adolescentes: Adolescente 1 (A1), Adolescente 2 (A2) [...] até Adolescente 13 (A13).

2.4 O Instrumento e Coleta das Narrativas

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário previamente confeccionado pela entrevistadora, contendo as questões acerca de dados sociodemográficos (APÊNDICE C).

Utilizou-se a entrevista aberta, adotada para o detalhamento de questões e formulação mais precisas dos conceitos relacionados. Para Bertaux (2010, p. 89), “uma narrativa de vida não é um discurso qualquer: é um discurso narrativo que se esforça para contar uma história real. Pode-se argumentar que toda biografia traz a marca da subjetividade do seu autor”. A interferência do entrevistador deve ser a mínima possível, e este deve assumir uma postura de ouvinte. A linguagem do entrevistado deixa de ser concebida, unicamente, como instrumento de expressão do pensamento para ser entendida como fator estruturante das visões de mundo, um modo de entender a realidade (PASSEGGI; SOUZA, 2017).

A entrevista aberta é utilizada quando o pesquisador deseja obter o maior número possível de informações sobre determinado tema, segundo a visão do entrevistado, e, também, para obter um maior detalhamento do assunto em questão. Ela é utilizada geralmente na

descrição de casos individuais, na compreensão de especificidades culturais para determinados grupos e para comparabilidade de diversos casos, o que permite ao pesquisador fazer diferentes tipos de perguntas que pode revelar mais detalhes sobre as habilidades de resolução de problemas e experiências vividas. O critério principal não é numérico, embora quase sempre precise justificar a delimitação da multiplicidade das pessoas que vai entrevistar e a dimensão e escolha do espaço (MINAYO, 2017).

As narrativas foram gravadas por meio digital através do Musical Player 4 (MP4) e tiveram, inicialmente, como pergunta norteadora: “Fale-me a respeito de sua vida que tem relação com o consumo problemático de álcool, crack e cocaína”. Após a realização de três entrevistas como preconizado por Bertaux (2010), identificou-se que o termo “consumo problemático de álcool, crack e cocaína”, inibia as participantes do estudo, que negavam o consumo ou evitavam falar a respeito. Deste modo, a questão norteadora da entrevista foi modificada para “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a internação de seu filho”.

A coleta de dados deu início no mês de maio de 2019 até setembro deste mesmo ano, tendo o total de 13 participantes. Antes da busca pelas entrevistadas, a pesquisadora foi até as unidades de saúde para informar e solicitar o consentimento sobre a realização da pesquisa, onde foi assinado os Termos de Autorização de Campo de Pesquisa (APÊNDICES D e E) pelos gestores das unidades de saúde pré-determinadas. As entrevistas foram gravadas em áudio e, posteriormente, transcritas na íntegra textualmente, buscando a total imparcialidade dos dados. A entrevista foi realizada numa sala privativa. Desta forma a entrevistada pode falar sem medo de ser ouvida por outros. Nem todas as adolescentes selecionadas aceitaram participar do estudo, dentre elas três adolescentes da maternidade situada no município do Rio de Janeiro, alegaram que não tinham vontade de falar sobre a vida e justificaram timidez.

A pesquisadora informou seus interesses de conhecimento durante o primeiro contato com as participantes (BERTAUX, 2010) antes de realizar a entrevista e sobre os objetivos da pesquisa. Foi estabelecido um “contrato” formando um pacto. Essa entrada no assunto contou com a elaboração de um filtro, que orientou e predeterminou a entrevista (BERTAUX, 2010). As questões do filtro estavam relacionadas à temática proposta e possibilitou retomar algo já dito pela participante e solicitar-lhe maiores esclarecimentos, sem, no entanto, introduzir novos questionamentos, além da questão norteadora da entrevista (CAIRES, 2017).

O filtro estava relacionado a indagações pertinentes a questão norteadora, de modo que a participante delimita como ocorreu a descoberta da gravidez; os hábitos de vida durante a gestação; o uso e abuso de drogas antes, durante ou após a gravidez; como foi e se houve a

assistência pré-natal; se teve a participação da família no progresso da gestação; a busca ou interesse em buscar tratamento ao uso e abuso de drogas antes ou durante a gestação; a assistência ao parto; a notícia da internação do filho ou do prolongamento desta; e o prognóstico do filho internado. Os filtros foram utilizados antes de iniciar a gravação, após a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido, explicando para cada participante que as questões dos filtros eram o foco de interesse na sua abordagem. Posteriormente, a adolescente autorizou a gravação e a utilização dos dados da entrevista, sendo assinado o Termo de Autorização de Gravação (APÊNDICE F) e o Termo de Compromisso de Utilização dos Dados (APÊNDICES G e H) assinado pela pesquisadora e entrega à participante; seguidamente, iniciou-se a gravação onde foi feita a pergunta norteadora da entrevista.

As entrevistas atingiram um ponto de saturação, sendo finalizadas, sendo este o fenômeno através do qual o pesquisador tem a impressão de não apreender algo de novo referente ao objeto de estudo, a partir de certo número de entrevistas (BERTAUX, 2010).

Após o encontro da pesquisadora com a participante, foram feitas anotações no diário de campo sobre tudo o que foi percebido em relação ao contexto da entrevista e o seu desenvolvimento, para possibilitar o início da análise da entrevista. O tempo estimado das entrevistas podem variar de 30 minutos a 2 horas (BERTAUX, 2010) e, nas entrevistas deste estudo, o tempo de entrevista perdurou entre 20 minutos a 1 hora e 40 minutos.

Na narrativa de vida não se deve dispor somente de um caso, mas sim de uma série de casos organizados de tal forma que seja possível a comparação, visando descobrir o que há de geral dentro do específico, implicando às vezes similaridades ou diferenças. Esse fenômeno de múltiplas percepções da realidade é fundamental e é chamado de diferencialidade. Nele pessoas situadas em um mesmo plano podem desempenhar papéis e exercer suas atividades de forma bem diferentes, devido à diferença entre as personalidades (BERTAUX, 2010). Razão pela qual, no presente estudo foram entrevistadas mães adolescentes, com filhos internados em instituições distintas para assegurar a multiplicidade de percepções.

2.5 Aspectos Éticos e Legais da Pesquisa

Todos os preceitos éticos e legais para Pesquisa Científica foram utilizados, conforme preconizado pela Resolução nº 466/2012 e Resolução nº. 510/2016. O projeto de pesquisa foi

apresentado ao Centro de Estudos da Instituição Estadual do Rio de Janeiro no qual foram coletados os dados, foram encaminhados para a Diretora de Enfermagem da Instituição para sua apreciação e aprovação. Em seguida, o projeto foi encaminhado ao Diretor da Instituição para as assinaturas da carta de anuência, e do termo de autorização da pesquisa nas unidades hospitalares coparticipantes. Com a posse de tais documentos o projeto foi submetido a Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (CAAE: 03768818.7.0000.5282) – (ANEXO A) e pelos Comitês de Ética das instituições coparticipantes, sendo a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ CAAE: 03768818.7.3002.5279) - (ANEXO B) e do Hospital Geral de Nova Iguaçu no Rio de Janeiro (HGNI-RJ CAAE: 03768818.7. 3001.5254) - (ANEXO C).

Antes de iniciar as entrevistas, os responsáveis das adolescentes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que engloba aspectos éticos relacionados aos objetivos e rumos da pesquisa, bem como às formas de produção de dados e inserção no estudo. Realizou-se um contato prévio com as participantes antes da assinatura do TCLE.

Também foi utilizado o Termo de Assentimento, sendo assinados antes das narrativas pelas adolescentes, após o contato prévio com a pesquisadora, por serem menores de idade. O termo de Assentimento Livre e Esclarecido (ALE) é princípio ético indispensável para garantir o direito de crianças e adolescentes enquanto participantes de pesquisas biomédicas. Nacional e internacionalmente reconhecido por sua importância, o ALE possui como fundamento o respeito às pessoas e à dignidade humana, e afirma a importância primordial de permitir que exerçam seu direito moral de autodeterminação (BRASIL, 2012; ROTH-CLINE; NELSON, 2013).

A participação das entrevistadas foi de caráter voluntário. Ressalta-se que em qualquer instante da entrevista, a participante teve a autonomia de retirar seu consentimento e assentimento, pois a garantia desses direitos promove e respeita a livre expressão, além de considerar o ponto de vista dessas participantes em decisões que afetam suas vidas, sendo garantidos o sigilo e anonimato.

As participantes não tiveram custos ou compensações financeiras. Embora a entrevista não tenha oferecido risco físico, psicológico e/ou social, algumas adolescentes ficaram envergonhadas ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Nesses casos, elas tiveram o livre arbítrio para não responder ou não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, tiveram a liberdade de pedir para encerrar a entrevista. Essas adolescentes apesar da timidez, com a ambientação prévia da pesquisadora, narraram com tranquilidade suas narrativas de

vida e, nenhuma delas até a última entrevista realizada apresentou alguma situação adversa frente à entrevista. Mesmo com o consentimento de seus pais ou responsáveis, a adolescente teve a total decisão de se recusar a participar do estudo ou de uma parte dele, sendo sua vontade respeitada a todo o momento. Nos casos em que a participante se apresentou emocionalmente desconfortável, a pesquisadora contornou a abordagem da maneira mais adequada para favorecer o melhor estado emocional da participante. Não foi necessário, acionar o serviço de Psicologia da unidade. Após a assinatura do TCLE e ALE as participantes receberam uma cópia de cada termo.

As 13 entrevistas totalizaram o tempo de 6 horas, 47 minutos e 25 segundos, que foram transcritas em fonte Times New Roman, tamanho 12, espaçamento simples, ocupando 110 folhas. As gravações e as transcrições das narrativas foram guardadas pela pesquisadora em arquivo digital e permanecerão por cinco anos como recomenda a Resolução 466/12 e Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde e depois serão destruídas (BRASIL, 2012).

2.6 O Processo Analítico das Narrativas

Realizou-se a análise temática das narrativas, que consiste em destacar os temas relacionados aos objetivos da investigação e, posteriormente, compará-los à demais narrativas (BERTAUX, 2010).

Na fase de análise, considerou-se que a participante ao narrar um percurso de sua vida explicita aquilo que marca sua vida e o tempo que isso ocorre. Em uma narrativa espontânea a participante pode oscilar por diferentes assuntos, fazendo com que o pesquisador desenvolva suas próprias técnicas gráficas para constituição da estrutura diacrônica de um percurso (BERTAUX, 2010).

Assim, foi possível diferenciar a diacronia da cronologia. A diacronia se refere ao desenrolar temporal de acontecimentos, às relações de antes/depois. A cronologia se refere à datação quanto à data do acontecimento, ou quanto à idade. No percurso da entrevista, deve-se dar oportunidade para que o sujeito possua os elementos necessários para a reconstrução da diacronia, e não o incomodar com constantes perguntas sobre as datas precisas de tal ou algum acontecimento (BERTAUX, 2005).

Seguindo o preconizado por Bertaux (2010), a análise ocorreu em três etapas, sendo a primeira a transcrição, reproduzindo a narrativa pela pesquisadora levantando as experiências pertinentes ao objeto de estudo. Não se retirou todas as significações que a narrativa continha, e sim identificou-se, somente, aquelas relacionadas ao objeto da pesquisa, chamadas de indícios; a segunda etapa consistiu na leitura flutuante, que estabeleceu o aprofundamento das histórias de vida, se analisou e se deixou invadir por impressões e orientações. Com isso, a leitura tornou-se mais eficiente, possibilitou a projeção de teorias adaptadas sobre o material e a possível aplicação de técnicas que foram utilizadas sobre materiais análogos. A terceira etapa consistiu em categorizar os dados, identificando a partir da transcrição das entrevistas os conteúdos ou tópicos mais frequentes que emergiram das narrativas das entrevistadas, os quais foram agrupados em categorias de análise ou núcleos temáticos (BERTAUX, 2010). Essas categorias não foram estabelecidas previamente, ao contrário, surgiram naturalmente durante o processo de análise das narrativas e, posteriormente, foram interpretadas à luz do referencial teórico escolhido (BERTAUX, 2010).

Deste modo, foram extraídas das narrativas de vida as informações e significações pertinentes ao objeto da pesquisa que é denominado como indícios. Assim, os recortes das narrativas que tiveram mais recorrências corresponderam a um momento na contextualização da narrativa em sua totalidade e originaram a categoria e subcategorias de análise. Bertaux (2010) recomenda extrair os conteúdos que sejam pertinentes ao objeto de estudo e explicitar os conteúdos de cada narrativa para que as recorrências apareçam de maneira mais precisa.

A transcrição das entrevistas ocorreu de forma atenta para que fosse identificado o ponto de saturação. O ponto de saturação foi determinado no momento que a pesquisadora se aproximou bastante do objeto e conseguiu mostrar a complexidade do tema, não captando dados novos nas narrativas. Sendo assim, foram realizadas mais três entrevistas para que se confirmasse o alcance do ponto de saturação (BERTAUX, 2010).

Após a transcrição das entrevistas e realização da leitura flutuante, procedeu-se a análise temática que consistiu em encontrar núcleos de sentido nas narrativas cuja frequência de aparição tem importância significativa para o objetivo analítico escolhido, a pesquisadora compreendeu como tema a unidade de significação que surgiu naturalmente do texto analisado (MINAYO; GOMES, 2015).

A comparação dos fragmentos das narrativas foi feita atribuindo uma cor a cada unidade temática. Assim emergiram 52 unidades temáticas. Após esta codificação com o recurso de cores, foi feita a leitura exaustiva das narrativas comparando-as com as unidades temáticas, percebendo se haveria a possibilidade do surgimento de novos temas e como

realizar os grupamentos. Esta é a fase da recodificação que deu origem a um agrupamento. O Quadro 2, a seguir, demonstra as recorrências das unidades temáticas.

Quadro 2 – Recorrências das narrativas conforme unidades temáticas (conclusão)

TEMATICAS	A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	A10	A11	A12	A13	TOTAL RECORRENCIA
28- Afirmação de não usar mais droga/álcool	X	X		X	X		X				X			6
29- Iatrogenias ao RN enquanto internado		X			X									2
30- Maternagem relatada		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	11
31- Aspectos emocionais por sinais de vida do RN			X	X	X	X	X		X		X		X	8
32- Despreparo materno com o filho		X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	11
33- Apoio emocional por família/terceiros		X	X		X		X	X	X	X	X			8
34- Vínculo mãe-filho prejudicado pela UTIN			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
35- Relato na admissão como não uso de álcool e drogas na gestação	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	13
36- Contração uterina no uso da droga/álcool	X	X	X			X				X			X	6
37- Uso da religiosidade como artifício para parar de usar álcool/droga		X	X	X					X				X	5
38- Desânimo para festas/bailes na gestação		X												1
39- Pré-natal incompleto/ausente	X	X	X		X	X	X	X	X	X		X	X	11
40- Problemas sociais quanto à consulta de pré-natal		X							X				X	3
41- Aborto anterior/tentativa		X	X				X		X				X	5
42- Apoio do parceiro na UTIN		X	X			X	X	X			X	X		7
43- Uso de lança/ brack- lança	X	X		X		X							X	5
44- Questões sociais pelo filho internado	X		X	X	X			X					X	6
45- Amamentação	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	11
46- Procedimentos invasivos no RN	X			X	X									3
47- Medo da entrevista	X	X	X	X	X	X	X						X	8
48- Uso de maconha			X	X		X	X							4
49- Problemas sociais relacionados ao uso da droga			X	X		X		X					X	5
50- Uso de whisky	X					X							X	4
51- Uso de loló			X	X										3
52- Uso de crack						X							X	2
TOTAL DE CATEGORIAS	25	28	33	23	40	28	21	24	25	19	15	20	34	

Nota: Narrativas de vida das mulheres entrevistadas.

Fonte: A autora, 2019.

Posteriormente, foi realizada uma nova leitura reflexiva sobre as entrevistas analisando os agrupamentos e definindo a fase de síntese. Ressalta-se a presença de algumas unidades de significação: a naturalização da bebida; o álcool como porta de entrada para o consumo de outras drogas; a influência de pessoas próximas no uso problemático de drogas; o desejo de engravidar das adolescentes; as festas e drogas como socialização; a maternagem vivenciada das adolescentes, conforme mostra o Quadro 3.

Quadro 3 – Agrupamento das Unidades de significação

Unidades de Significação – Recodificação
Negação do uso de álcool e drogas na gestação na admissão
Uso de bebida alcoólica na gravidez
Influência familiar sobre o uso da bebida/drogas
Maternagem relatada/vínculo mãe-filho prejudicado pela UTIN

Nota: Narrativas de vida das mulheres entrevistadas.

Fonte: A autora, 2019.

Por último foi feita a nova leitura das narrativas e analisando os grupamentos deu-se início a fase denominada de síntese. Após a leitura, reflexão e análise dos grupamentos identificou-se a presença de uma grande categoria: A vulnerabilidade das mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à internação do filho, emergindo as subcategorias: O consumo de álcool e drogas por mães adolescentes e a internação do filho; e A transição de mães adolescentes e a maternagem modificada.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS NARRATIVAS

Apresenta-se a análise das narrativas de vida na perspectiva da Vulnerabilidade fundamentada por Ayres, Paiva e França (2011) e do conceito de transição proveniente da teoria de transição de Afaf Meleis (2010).

A vulnerabilidade provém da área dos direitos humanos e em sua origem caracteriza grupos ou indivíduos em situação de fragilidade, juridicamente ou politicamente na promoção, proteção, ou garantia dos seus direitos de cidadania. Existem três tipos de vulnerabilidade, a individual, a social e a programática (AYRES et al., 2006).

3.1 A vulnerabilidade das mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à internação do filho

As narrativas de vida evidenciaram a faixa etária precoce para a maternidade destas mulheres, além da escolaridade incompleta. Algumas relataram a suspensão dos estudos justamente por permanecer em tempo prolongado nas unidades hospitalares para o acompanhamento do seu filho. Apenas uma das participantes relatou a convivência e moradia com o parceiro, informando ser “amigada” com ele. As 12 adolescentes se intitularam solteiras, porém, com relacionamentos afetivos, seja com o pai da criança, seja com outro parceiro.

As participantes eram predominantemente negras, residentes da zona norte do município do Rio de Janeiro, seguindo da Baixada Fluminense, e com prevalência de escolaridade de ensino fundamental incompleto. Nas moradias residem, em média, mais de 3 pessoas e a renda média mensal familiar é de até dois salários mínimos. Partindo do conceito de vulnerabilidade em saúde como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que estão implicados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, concomitantemente, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (AYRES; PAIVA; FRANCA JUNIOR, 2011). Tais fatores foram perceptíveis diante do contato com as participantes, evidenciado pela pesquisadora: mulheres simples, com linguagem coloquial e erros de pronúncia das palavras, as vestimentas sujas e higiene precária.

O Quadro 4 foi elaborado com a finalidade de melhor visualizar a realização destas duas primeiras etapas de organização dos dados contidos nas narrativas.

Quadro 4 – Caracterização das adolescentes - Rio de Janeiro - 2019

Adolescente	Idade	Reside em	Escolaridade	Estado civil	Reside com	Renda mensal	Etnia
A1	16	São Cristóvão	EF completo	Solteira	5 pessoas	R\$ 1.500,00	Parda
A2	16	São Cristóvão	EF incompleto	Solteira	5 pessoas	R\$ 1.300,00	Parda
A3	13	Brás de Pina	EF incompleto	Solteira	4 pessoas	R\$ 1.000,00	Negra
A4	16	Manguinhos	EF incompleto	Solteira	4 pessoas	R\$ 1.500,00	Parda
A5	16	Nova Iguaçu	EF incompleto	Solteira	3 pessoas	R\$ 1.000,00	Negra
A6	17	Mesquita	EF incompleto	Solteira	6 pessoas	R\$ 1.200,00	Negra
A7	17	Nova Iguaçu	EF completo	Amigada	1 pessoa	R\$ 1.600,00	Branca
A8	18	Belford Roxo	EF incompleto	Solteira	4 pessoas	R\$ 1.000,00	Parda
A9	18	Penha	EF incompleto	Solteira	4 pessoas	R\$ 1.200,00	Negra
A10	18	Manguinhos	EF incompleto	Solteira	6 pessoas	R\$ 1.500,00	Negra
A11	17	Nova Iguaçu	EF incompleto	Solteira	5 pessoas	R\$ 2.000,00	Parda
A12	16	Nova Iguaçu	EF incompleto	Solteira	4 pessoas	R\$ 1.400,00	Negra
A13	18	Mesquita	EF incompleto	Solteira	7 pessoas	R\$ 1.000,00	Negra

Legenda: Ensino Fundamental (EF).

Nota: Prontuário dos filhos internadas das mães adolescentes entrevistadas e das narrativas de vida.

Fonte: A autora, 2019.

A seguir, o Quadro 5 apresenta a caracterização do RN internado.

Quadro 5 – Caracterização do bebê internado na UTI Neonatal - Rio de Janeiro - 2019

Filho de	Pré-natal	Parto	IG	Classificação quanto à IG	Peso	Classificação quanto ao peso	Apgar	Diagnóstico de internação
A1	Não	Normal	38+2	Termo	2470g	AIG	4/8	Sífilis congênita+ asfixia neonatal
A2	Incompleto	Normal	39+3	Termo	4070g	GIG	9/9	Hipoglicemia
A3	Incompleto	Normal	28+4	Pré-termo	1600g	PIG	9/9	DRP
A4	Completo	Cesárea	41+2	Termo	4190g	GIG	8/9	Cardiopatia congênita
A5	Incompleto	Normal	29+4	Pré-termo	1340g	AIG	1/6/6	PMT extrema + Desconforto respiratório
A6	Incompleto	Cesárea	37+2	Termo	1670g	PIG	8/9	Baixo peso
A7	Incompleto	Cesárea	34	Pré-termo	1760g	AIG	5/7	PMT + Desconforto Respiratório
A8	Não fez	Normal	33	Pré-termo	2055	GIG	4/7	PMT + DRP + sífilis congênita + sepse
A9	Incompleto	Normal	27	Pré-termo	690g	AIG	0/4/6	PMT extrema
A10	Incompleto	Normal	32	Pré-termo	930g	PIG	6/7	PMT + baixo peso
A11	Incompleto	Normal	32	Pré-termo	1995g	GIG	9/10	Hipoglicemia
A12	Completo	Cesárea	36	Pré-termo	3470g	GIG	3/5/6	Asfixia neonatal
A13	Não fez	Normal	32	Pré-termo	1570g	AIG	??	DRP

Legenda: Idade gestacional (IG); Adequado para Idade gestacional (AIG); Pequeno para a Idade Gestacional (PIG); Grande para a Idade Gestacional (GIG); Prematuridade (PMT); Desconforto Respiratório Precoce (DRP).

Nota: Prontuário dos filhos internados das mães adolescentes entrevistadas e das narrativas de vida.

Fonte: A autora, 2019.

A vulnerabilidade pode ser expressa nas mais diversas formas de interpretação (AYRES et al., 2006). Porém, corroborando com o conceito de Mann *et al.* (1993), denota-se que o modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de

determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. O olhar do autor busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate aos problemas que perpetuam o indivíduo, no caso deste estudo, a mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas chamando de vulnerabilidade programática.

O historiograma resume a história de cada narrativa para facilitar a compreensão do leitor sendo apresentado no Quadro 6, a seguir.

Quadro 6 – Historiograma (continua)

Narrativas	Breve relato das histórias
A1	Adolescente, 16 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho termo internado há dois meses na UTI Neonatal; reside com mãe, pai, irmão, irmã e tia, com renda mensal de R\$ 1.500,00. Parto vaginal. Começou o uso de drogas aos 14. Sempre ia em festas e bailes em que era comum o fornecimento da droga. Desconhece a gravidade do uso da droga durante a gestação. Fala do parto com profunda tristeza. Filho internado há mais de 2 meses na UTIN. Demonstra tristeza quando fala que não consegue sentir a amamentação do seu filho. Apresentou-se bem receosa e tímida durante a entrevista.
A2	Adolescente, 16 anos, Gesta II, Para I, Aborto I, com filho termo internado há um mês na UTI Neonatal. Reside com mãe, irmã, tia, prima e primo, com renda mensal de R\$ 1.300,00. Parto vaginal. Começou o uso da droga aos 13. Relata que aos 15 anos teve um aborto sugerido por um obstetra da unidade de saúde. Diz que no uso da droga sentia contrações. Sempre estava com amigos que usam drogas. Afirma muita fé e envolve a religiosidade como perspectiva da melhora do filho. Informa o parto sem a assistência adequada. Não aderiu ao pré-natal por questões sociais e por não dar importância ao mesmo. Diz que o pai é presente na visita do filho internado. Apresentou-se bem desconfiada durante toda a entrevista.
A3	Adolescente, 13 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho internado há dois dias internado na UTI Neonatal. Reside com pai, mãe, irmão e irmã, com renda mensal de R\$ 2.000,00. Parto vaginal. Começou o uso de drogas aos 11. Relatou que tem disfunção da tireoide, fez infecção urinária na gestação, e que não afirmou o uso de drogas e álcool na admissão da maternidade por se sentir coagida pelo profissional no primeiro atendimento. Alegou que não sabia que o tabagismo e o álcool poderiam fazer mal ao bebê. Além da afirmação da droga, relata má alimentação. Informa a tentativa de aborto sem sucesso. Retrata a morte de uma prima após a saída do baile em que ambas estavam. Demonstra que tem consciência dos erros que cometia durante a gravidez. Apoio do pai frente ao bebê na UTIN. Refere religiosidade sobre a vida e as decisões. Muito preocupada com a entrevista e se ela será divulgada. Relatou medo dos profissionais de saúde envolvidos no cuidado ao RN, porém, bem à vontade com a pesquisadora.
A4	Adolescente, 16 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho internado há 7 dias na UTI Neonatal, reside com pai, mãe, irmão e avó, com renda mensal de R\$ 1.400,00, parto cesárea. Iniciou com o uso da droga aos 13. Mostrou-se muito arrependida com o uso da droga durante a gestação por ver o filho internado. Apresentou-se muito chorosa durante a entrevista e alega não usar mais nenhum tipo de droga. Acredita que a gravidez não planejada foi por falha do contraceptivo que usava. Demonstra muita tristeza ao relembrar o descontrole no uso das drogas. Religiosidade como cura para o RN. Dificuldade de ficar no hospital em longa permanência. Muito melancólica, demonstra grande responsabilidade ao ter gerado o filho e o mesmo estar internado.
A5	Adolescente, 16 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho internado há 15 dias na UTI Neonatal. Reside com mãe e um irmão, com renda mensal de R\$ 1.000,00. Parto vaginal. Iniciou o uso da droga aos 10. Confirma que o pai recusou a gravidez e morreu assassinado por ser envolvido com a criminalidade. A família teve grande influência para o uso do álcool, sempre ocorrendo festividades em família para proporcionar tal uso. Na tentativa de abstinência, informou as alterações de humor. Relatou a demora no atendimento ao parto e o desconhecimento quanto à gravidade do RN internado, assim como informou a dificuldade de vínculo com o filho e a ocorrência iatrogênica com o mesmo dentro da UTIN.
A6	Adolescente, 17 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho internado há 8 dias na UTI Neonatal. Reside com mãe, avó, irmã e uma prima, com renda mensal de R\$ 1.200,00. Parto vaginal. Iniciou o uso da droga aos 12. Uso de palavras repetidamente, apresentando um olhar vago, distante. Confirma o uso de álcool e drogas antes, durante e depois da gestação. Apresentou-se receosa para falar sobre o quantitativo de drogas que usa. Relata que pariu na rua e não teve assistência imediata. Associa o RN a animais pequenos.

Quadro 6 – Historiograma (conclusão)

Narrativas	Breve relato das histórias
A7	Adolescente, 17 anos, Gesta II, Para II, Aborto 0, com filho internado há 4 dias na UTI Neonatal. Reside com parceiro (pai da criança), com renda mensal de R\$ 1.300,00. Parto cesárea. Uso de drogas desde os 13. Mostrou-se com muitas dúvidas em relação ao filho internado. Lamenta a todo momento o fato do bebê estar internado na UTIN. Relata o uso de drogas pelo parceiro e conflitos familiares com a mãe. Alega passar mal por não amamentar o RN internado e com isso é incentivada por outras pessoas a realizar a amamentação cruzada em outra criança.
A8	Adolescente, 18 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho reinternado há 5 dias na UTI Neonatal. Reside com mãe, avó, e irmão, com renda mensal de R\$ de 1.000,00. Parto vaginal. Não informa quando começou o uso das drogas. Aparentemente não asseada, e desconhecimento sobre a piora clínica do filho. Alega ser a segunda vez que o bebê é internado. Não se mostra muito interessada sobre o quadro clínico do bebê.
A9	Adolescente, 18 anos, Gesta II, Para II, Aborto 0, com filho internado há 3 meses na UTI Neonatal. Reside com mãe e duas irmãs, com renda mensal de R\$ 1.200,00. Parto vaginal. Não informa quando começou o uso de drogas. Informa que o companheiro está preso por tráfico de drogas. Retrata a dificuldade em ver o filho na UTIN. Relata também o aborto espontâneo aos 14 anos na mesma unidade de saúde. Uso de Deus como força para suportar a internação do filho. Desejo de ser mãe bem evidente durante a entrevista. Retrata como a família a desampara e não a educa, deixando-a ir as festas e bailes aos 10 11 anos. Informa uso de bebidas e drogas através de amigos e durante as festas que frequentava.
A10	Adolescente, 18 anos, Gesta II, Para I, Aborto I. com filho reinternado há 6 dias na UTI Neonatal. Parto vaginal. Uso de drogas desde os 15. Relata que é a segunda vez que o bebê fica internado. Informa que o pai da criança era envolvido com práticas criminosas. Confirma a ida a bailes e uso de drogas nessas festas, relatando que ela e outras muitas grávidas com menos idade frequentavam e usavam drogas. Retrata a dificuldade de ficar internada pela impossibilidade de voltar a frequentar as festas e bailes, assim como diz com orgulho que está conseguindo amamentar.
A11	Adolescente, 17 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho prematuro de 32 semanas internada há 15 dias na UTI Neonatal. Renda mensal familiar de R\$ 2.000,00, reside com pais e 2 irmãos. Parto vaginal. Relata pouco uso da bebida alcoólica, associando a bebida com malefícios à gravidez. Mostra-se muito preocupada com a internação da filha, devido às informações e visualizações de piora clínica de outras crianças internadas.
A12	Adolescente, 16 anos, Gesta I, Para I, Aborto 0, com filho prematuro de 36 semanas de gestação, internado há 35 dias. Reside com a mãe, padrasto e dois irmãos. Renda mensal de R\$ 1.400,00. Parto cesárea após trabalho de parto prolongado seguido de crise convulsiva. Fez uso de bebida alcoólica durante a gestação. Frequentadora de festas com bebidas. Mostra-se muito chateada pela perda da liberdade por conta da maternidade.
A13	Adolescente de 18 anos, Gesta II, Para I, Aborto I, com filho prematuro com 32 semanas de gestação, internado há 22 dias. Reside com os tios e mais 5 crianças. Renda mensal familiar de R\$ 1.000,00. Parto vaginal em via pública. Moradora de rua durante a semana. Vende bala, chiclete e bananada no sinal. Fez uso de bebidas alcoólicas e crack durante a gestação. Pai da criança envolvido com o tráfico e foi assassinado pela polícia.

Fonte: A autora, 2019.

As narrativas de vida evidenciaram que as adolescentes participantes deste estudo apresentaram a Vulnerabilidade individual, social e programática.

A vulnerabilidade individual foi identificada em relação ao acesso às informações sobre o uso problemático de drogas, às festas com influências do uso destas substâncias, caracterizando as influências dos pares, incluindo questões emocionais e habilidades pessoais, assim como o risco de Infecção Sexualmente Transmissível, o vício e a falta de conhecimento relacionado ao processo de maternidade e consumo das drogas (AYRES *et al.*, 2006). As experiências de rejeição ou superproteção familiar, a privação de recursos materiais que impediram ou dificultaram a aquisição da autonomia destas adolescentes, falta de investimento ou educação, além da vivência no meio familiar com atitudes hostis que prejudicam essas adolescentes também favorecem a vulnerabilidade individual destas adolescentes.

A maioria das participantes considera-se solteira e uma como casada por morar junto com o companheiro. Evidencia-se na vulnerabilidade individual que alguns parceiros e pais do filho internado não estão mais com a mãe adolescente, ou foram assassinados ou presos por cometerem crimes. Permeia-se a influência dos pares que reforçam conversas, comportamentos e fomentam atitudes para legitimar o uso problemático de álcool e drogas no cotidiano. Nesse quesito, percebe-se que as adolescentes buscam validação, companheirismo e o apoio dos seus pares, sendo eles auxiliadores de forma positiva ou negativa na influência sobre a vida dessas mulheres (LEFF, 2004).

No quesito sexualidade perpassam aspectos não só biológicos, mas, também psíquicos, sociais, culturais e históricos que devem ser discutidos desde a tenra idade para que as pessoas possam ter uma prática sexual segura e livre do risco de exposição a doenças. Acredita-se que o cérebro em desenvolvimento do adolescente seja influenciado por fatores externos – emocionais, físicos e sociais. Enquanto a adolescente não tiver a maturação sexual completamente desenvolvida, a identidade sexual também não se estabelece totalmente, o que pode causar um conflito de identidade, incluindo o risco para o uso de drogas, associado com o sexo desprotegido e com maior número de parceiros (BRASIL, 2013).

Essas adolescentes enfrentam preconceitos para viver a sexualidade e a maternidade, na medida em que habitam um corpo que difere dos padrões vigentes, a idade considerada culturalmente e biologicamente desfavorável, além de enfrentar o estigma da sociedade quanto à sua capacidade de corresponder às expectativas de gênero, como assumir os papéis de cuidadora, esposa e mãe (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Há adolescente que mantém um parceiro que a apoia e a acompanha na internação da criança, sendo ele o pai biológico da criança ou não, conforme as narrativas a seguir:

Eu engravidei de um menino, que ele era bandido. Ai eu avisei, falei com ele que eu tava grávida mas ele não queria esse neném. Ai eu encontrei o Daniel, que hoje em dia é meu namorado e ai ele ficou comigo desde o começo da gravidez até hoje. A5

[...] Ele pra ganhar dinheiro ficou nessas coisa de arma. Ele que tomava conta das armas. Aí ele tinha que ficar igual segurança, assim. Eu até ficava com ele as vezes lá. Mas eu tinha medo, porque tinha arma muito grande. Até nos bailes os meninos levavam arma grande, quando é arma pequena é de boa, mas as armas grandes eu tinha medo. A1

Reforça-se a vulnerabilidade individual que perpassa na vida destas adolescentes, esta vulnerabilidade é evidente nas características identitárias, evidenciada pelo gênero e idade (AYRES; PAIVA; FRANCA, 2011). Vivenciar a maternidade para essas adolescentes reforça demonstrar esforços a fim de corresponder às expectativas de serem mães adequadas, pois gerar e cuidar de um filho valerá da capacidade desta mulher enquanto ainda adolescente.

A vulnerabilidade social está relacionada à estrutura econômica, em especial de educação e saúde, a cultura, ideologia e relações de gênero, incluindo raça, sexo, idade, estado civil (NICHATA *et al.*, 2008). As adolescentes participantes do estudo estavam na faixa etária entre 13 a 18 anos, tiveram o primeiro contato com o álcool, crack/cocaína e até outras substâncias entre 10 a 15 anos, remetendo a vulnerabilidade individual e social destas adolescentes (AYRES; PAIVA; FRANCA, 2011).

É...ta lá né... fazer o que? Tem que ficar indo e voltando aqui [...] É complicado né, porque dinheiro assim, você não tem né, porque ninguém é rico. Aí fica indo e voltando, tipo, gasta uns 20 reais. A8

Eu falei com a assistente social que não dá pra levar ela, meus tio tem as criança e eu to aqui. A assistente social me deixou ficar aqui, pra ficar com minha filha. A13

Eu não sentia nada. Saía normalmente, não sentia nada. Só ficava meia cansada. Também estava sem dinheiro pra fazer ultra. Por isso que falei "vou esperar mais também". E esse negócio de pré natal, aonde que eu fui demora muito pra chegar. A8

Foi possível evidenciar a vulnerabilidade social nas dificuldades financeiras das adolescentes para a locomoção para visitar o filho internado; a dificuldade para realização do pré-natal devido à distância das clínicas de saúde e a violência como fator coadjuvante para o não ir-e-vir dessas adolescentes; na raça negra ser de maior incidência nas narrativas, demonstrando que as mulheres negras demograficamente são de classe baixa, concomitante à renda familiar precária, os baixos índices de escolaridade, a idade precoce, os tipos de festas

frequentadas por essas meninas, além do estado civil e a não adesão a um parceiro fixo. Embora haja diferença entre as participantes, os relatos apontam esforços específicos para lidarem com a situação do uso problemático de drogas.

Foi no dia que eu fiquei internada que eu não consegui mais fumar, porque aqui dentro não podia ter contato. Então foi quando, eu fui me coisando. Ai, pedi pra comprar bala, porque me deixava ocupada. Ai pedia pra comprar bala pra mim. Saco de bala pra mim. Pra manter a boca ocupada. Porque eu não conseguia ficar sem fumar [...]. A5

No campo relativo ao consumo de álcool e outras drogas, a relação entre a violência e o uso problemático destas substâncias é algo difícil de ser mensurado, pois os contextos violentos não são resultantes apenas das condutas individuais, mas possuem interface com a estrutura social de desigualdades e injustiças que afetam indivíduos e comunidades.

[...] Quando fui buscar o papel da clínica da família dia 7, eles tavam com a clínica da família fechada. Onde tem a clínica da família tem muito risco e a bala come lá direto, então a clínica da família estava ficando fechada diariamente. Às vezes, eles falavam que tava aberto mas só que estava com tudo fechado, com a porta da frente fechado. Mas os agentes e enfermeiros tavam tudo lá. Você tinha que ir pra bater na porta. A2

O início precoce da vida sexual e a multiplicidade dos parceiros são frequentes neste público, sendo expostas, assim, ao sexo desprotegido, à vitimização de violência sexual e a comercialização do sexo pelo consumo da droga (KUMAR *et al.*, 2017).

Existem muitas drogas de magnitude prejudicial e que são comercializadas livremente, ilícitas ou não, o que muitas vezes fazem com que as adolescentes e suas famílias não percebam o consumo problemático e até as negligenciam (KUMAR *et al.*, 2017).

Embora nem todas as pessoas que utilizam drogas sejam dependentes, algumas podem começar a ter problemas em casa, na escola ou no trabalho. Podem ocorrer mudanças de humor, na qualidade do sono, problemas afetivos, caracterizando, assim, o abuso das substâncias. Isso é percebido na narrativa a seguir:

Na gestação, tipo assim, eu bebia, bebia, bebia. Só vivia bebendo. Chegava em casa doidona. Minha mãe ainda me bateu, eu doidona em casa. Chegava a cair no meio da rua de tão bêbada que chegava. Com medo de bater a barriga na rua. A4

As narrativas de vida das participantes evidenciaram que o consumo problemático da droga corrobora com a alienação e sinuosidade que a dependência possibilita, além da influência de terceiros para que ocorra o envolvimento da adolescente com a droga, sendo o

álcool socialmente aceitável como primeira escolha. Identifica-se a vulnerabilidade social (AYRES; PAIVA; FRANCA, 2011) pela sociedade em que a adolescente está inserida, seja na comunidade em que vive, dentro do âmbito familiar, ou até pelo companheiro impondo a normatização da bebida à menor de idade.

Meu marido... ele saía comigo, levava pra passear, ele bebia cerveja, ele ficava doidão, a gente ia de uber pra casa ou de ônibus, a gente não saia de moto. Aí ele saía, falava "vou beber meu gelo", pode beber tua cerveja. A7

O consumo problemático dessas drogas, caracterizando a dependência, são processos sistêmicos que afetam e são afetados pelas interações entre o indivíduo e a droga, o indivíduo consigo mesmo e o indivíduo com os outros, normalmente sendo o contexto familiar o primeiro momento desses processos. No geral, toda a família é afetada neste processo. Percebe-se tal informação quando, nas narrativas, a adolescente coloca o parceiro como seu contexto familiar, e o parceiro naturaliza os efeitos da droga como tranquilizantes e formas de melhorar o humor e as atitudes da adolescente, conforme observa-se na narrativa abaixo:

Ah quando a gente bebe muito a gente fica meio assim, na onda, ora, fica assim no grau, entendeu? Aí a gente fica mais solta, mais engraçada, eu fico rindo à toa, assim, meu namorado diz que é melhor até porque eu fico mais soltinha assim. (risos) aí ele aproveita né? (risos) [...] Coisa de homem e mulher! Namorar ué! A gente namora, aí ele fala que eu fico mais soltinha e ele consegue tudo que eu deixo ué! Coisa de casal, normal, todo mundo namora. A12

De modo geral, a realidade destas jovens reflete fatores de vulnerabilidade social como a baixa escolaridade e a falta de qualificação profissional, consequências da dificuldade de acesso a melhores condições de ensino e trabalho, num cenário de uso prejudicial de álcool e drogas. Consideramos tais achados como parcela significativa da população, visto que a pobreza e condições básicas de vida e saúde são precárias. Segundo o Censo de 2010, 19,9% dos domicílios na cidade do Rio de Janeiro encontram-se em favelas (IBGE, 2011).

Neste sentido, percebe-se que a vulnerabilidade social está intrinsecamente envolvida com o uso problemático de drogas, seja porque alguém da família já faz o uso, por fatores de pobreza (como a fome); ou a violência como coadjuvante nesta problemática. O crack, por exemplo, pode diminuir temporariamente a fome e o sono e, com esse prejuízo, o emagrecimento e o esgotamento físico podem ser perceptíveis. Além disso, quadros psiquiátricos como ansiedade, instabilidade do humor, alucinações também são frequentes. Bem como as práticas ilícitas também podem ser adotadas como forma de receber a droga

para o consumo (prostituição, furto, roubo, tráfico de drogas). Tal informação encontra-se na narrativa abaixo:

A pedra é muito ruim. Te deixa muito mal... Eu não sei explicar, mas eu tinha que usar. Era quase todo dia... Porque tem dia que eu não comia. Não dá pra dormir com fome, mas eu não quero usar mais não. Eu nem tive barriga direito. Acho que minha filha tá comendo só agora, porque eu não tinha comida. O dinheiro não dava às vezes. A13

Uma distinção importante a ser ressaltada neste estudo é compreender a diferença de fator de risco e o comportamento de risco para o consumo problemático de álcool e drogas. O fator de risco se refere no geral, a condições presentes no contexto que o indivíduo é inserido, enquanto o comportamento de risco pode ser definido como participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental do adolescente. Essas condutas podem ser influenciadas pelo meio que esta adolescente está inserida. Na narrativa abaixo podemos perceber os fatores de risco as quais a adolescente é exposta:

Porque quando eu descobri, eu já tinha descobrido que a minha gravidez já estava avançada. Aí elas falaram: entendi, mas, quando for assim, você se previne, você se cuidar pra não pegar outra gravidez, porque quando a minha filha veio foi gravidez de risco, e ainda mais que eu tenho tireóide eu fiquei com muita falta de ar na hora, eu não conseguia respirar [...] A3

Pode-se remeter ao comportamento de risco quando a adolescente adota comportamentos imprudentes, levando ao risco tanto dela, quanto do bebê:

Eu já tava no quinto mês eu acho, mas eu não tinha barriga, e minha menstruação vinha às vezes. Então eu demorei a saber que tava com barriga. Porque eu não sentia nada. E eu só sentia quando eu saía nas festas. Mas como eu as vezes tava lá bebendo, tava no grau né? Achei que era só porque tinha vodka batizada. A12

Remetendo ao processo gestacional, as narrativas retratam que o processo gestacional demora a ser identificado; primeiro, infere-se por não acreditarem na possibilidade da gravidez e, segundo, por ser um momento que elas não acreditam que os hábitos de vida devam mudar no período. O uso problemático destas substâncias pode acarretar uma série de consequências negativas, dentre elas, a gravidez na adolescência. O momento que elas acreditam que devem modificar a forma como vivem é referida em algumas narrativas:

Aí eu continuei bebendo, aí depois eu fui num baile da mangueira com o pai da criança e a gente usamos muito, muito, muito. E aí a gente não conseguia nem ir pra casa, nem subir em cima da moto direito. Aí quando eu chego em casa, eu falei assim

"ah isso não é vida não" porque eu acordei com uma ressaca, uma preguiça de levantar. Ficar com as costas doendo A barriga querendo já explodir, tava dura sabe? Aí eu peguei e falei "ah, não tem necessidade de eu ficar usando isso porque não vai afetar a mim, vai afetar o meu filho, então". A2

Percebe-se que a adolescente nunca está sozinha quando acontece o consumo do álcool, ou da droga. Sempre está em grupos, em festas, bailes. Elas enxergam esses grupos e esses eventos como a alternativa de lazer, perpetuando um cenário nocivo para o seu desenvolvimento enquanto adolescente. Vale compreender que a adolescência é uma fase crucial no processo de socialização e construção identitária. E essa construção permeia inicialmente o contexto familiar. Porém, muitas das adolescentes não possuem ou não permitem essa construção direta com a família e vice-versa, por ser um processo de enfrentamento para ambos os lados. Assim, a adolescente embarca em outras formas de socialização e redescobrimto, implicando num momento de crescimento e individualização, os quais são essenciais para a autonomia desta jovem, buscando outras maneiras de construir essa identidade, como retrata a narrativa a seguir:

Bebi por quê? Porque já tava todo mundo bebendo só eu que to igual uma lesada, uma moça parada. Todo mundo brincando, zoando, ai eu falei "ah vou beber um copinho, dois copinhos, só pra mim entrar na onda deles também porque fica uma coisa sem graça, você não bebe ai fica todo mundo zoando, brincando, dançando e você parada assim, igual uma lesada. Aí falei ah vou beber só pra mim entrar na ondinha deles e zoar também porque se não meu olho já tava fechando, já tava dando cabeçada sentada na cadeira. A2

O uso de drogas, portanto, é um mecanismo de substituição, de tentar o equilíbrio no quesito autonomia desta adolescente, resultando numa tentativa inapropriada de emancipação, resultando em geração de novos ciclos sociais, como festas e bailes onde o consumo da droga é realizado abertamente, como forma de fortaleza e engrandecimento desta adolescente.

Todas as jovens na sua admissão à maternidade informaram o não uso de álcool e outras drogas, com a negação descrita pelo profissional de saúde que atende esta mulher na porta de entrada da unidade. Os fatores que diferenciam 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; NOGUEIRA; MIRANDA, 2011). O grupo de adolescentes visto nesta pesquisa é semelhante ao que tem sido descrito na literatura sobre usuários em consumo problemático de álcool e drogas: jovens, em fase reprodutiva, com baixo poder aquisitivo e nível de escolaridade incompatível para a idade (SELEGHIM, 2011).

O consumo da droga é narrado de forma usual, como se utilizar tal substância fosse algo naturalizado pela adolescente e as pessoas que convivem com ela. Assim, permite a mudança da dinâmica familiar e social desfavorecida e uma vida autodestrutiva em caráter tão precoce. Quando a dependência é instalada, somente a droga passa a existir no contexto da vida desta adolescente, nada mais é importante ou significativo para ela, gerando incapacidades e deixando-as entregues à própria sorte. A narrativa de A5 refere como era o hábito dela no uso da bebida alcoólica:

Sim, todo dia. Nem que fosse um copo, eu tinha que beber. Eu bebia e fumava desde, eu tenho 16, eu fumava desde os 13 e bebia também. A5

É porque eu bebia, menina. Pra ficar no grau aí tem q tomar uma, entendeu. Uma não, algumas... mas não é sempre nem todo dia... Era só as vezes [...] Depende da disposição. Tinha vezes que a gente bebia um balde, as vezes tomava caip-fruta e tacava vodka. Aí era docinho, né? Gostosão. Aí ia um monte. [...] assim uns 6 copos brincando. Sou resistente, caio fácil não... A12

Vale ressaltar que para as adolescentes o consumo exacerbado da bebida alcoólica a impulsionava a se mostrar empoderada, jamais frágil, como forma de autenticidade perante a sociedade da qual participa. Nas narrativas, é possível observar que culturalmente para essas meninas, o consumo da droga é visto como normativo. Retratar o consumo como proibido, ilegal e danoso seria questionável para as adolescentes, como evidenciado na narrativa a seguir:

Aí eu curtia muito, nem dava pra ver minha barriga, e eu até assim, eu cheguei a sair depois porque não sou velha, assim. Mas eu nem tinha problema. Minha barriga nem mostrava, então eu dançava mesmo e era tranquilo [...]. Porque assim, eu vivia normal. Se eu podia estudar eu podia curtir, não é não? Ficar no grau, tranqüilão. A12

A maioria das participantes relatou apenas uma gestação, duas das 13 adolescentes referiram a prática do aborto, sendo um de caráter espontâneo e o outro provocado, induzido por um profissional de saúde na admissão da maternidade do município do Rio de Janeiro, que atendeu esta adolescente, alegando que por ela ser adolescente, a criança poderia vir com má-formações, assim como outras duas relataram a perda de um primeiro filho intraútero (natimorto).

Usava Maconha. Só. E bebia cachaça, cigarro. Fumava cigarro, bebia cachaça. Misturava tudo [...]. Misturava tudo o que tinha direito. Misturava. Começou a sair sangue, sangue, sangue, aí eu perdi [...]. Ele já tava morto dentro de mim há três dias... A7

A notícia de um resultado positivo para gravidez pode gerar distintos sentimentos vivenciados por essas adolescentes. Ao pensar na dependência, entende-se a falta de controle no consumo da droga. E, com isso, observa-se as dificuldades gestacionais e as comorbidades que acometem o bebê ainda intraútero pelo consumo da droga. Pensando na vulnerabilidade individual que elas perpassam, observa-se que esta adolescente fica à mercê de uma força maior da qual ela não possui controle. Ela fica exposta à problemas na gestação, como hemorragias, contrações, trabalho de parto prematuro, aborto, impactando tanto o corpo quanto o psicológico desta adolescente. Por isso entende-se que tais adolescentes não devem ser julgadas pela dependência que possuem.

Ihhh... tive que fumar. Ele passa a fome. Teve muitas noite que eu usei, teve noite que eu fiquei na rua. Eu não gosto de falar disso não. É muito ruim. A13

A vulnerabilidade implica num conjunto de situações coletivas que oferecem maior exposição à doença ou menor proteção a não a adquirir. Se tratando do consumo problemático de álcool e outras drogas, a vulnerabilidade destaca por compreender que a pessoa adoece por um conjunto de condições sociopolítico-cultural-econômico que favorecem a exposição à doença e não simplesmente por um comportamento pessoal de risco, perceptível quando a mulher utiliza a droga por dependência, ocasionando comorbidades gestacionais, implicando na saúde do seu bebê (VAL; NICHATA, 2014).

As lacunas em relação ao consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do filho neste estudo que reportaram à vulnerabilidade individual são: falta de entendimento dos malefícios frente ao consumo problemático de álcool e outras drogas na adolescência e na gestação; a falta de apropriação quanto ao tratamento do RN; falta de conhecimento sobre o prejuízo à sua saúde e a do seu bebê quanto ao consumo problemático de drogas, a não identificação do uso problemático da droga como dependência; além dos riscos à contrair Infecções Sexualmente Transmissíveis pela não aderência ao sexo seguro e a afluência que o uso da droga causa como efeitos.

O uso de drogas ilícitas (como maconha, cocaína e crack), assim como o consumo de bebidas alcoólicas na gestação tem sérios agravos à saúde física da mulher e da criança, aumentando os riscos de abortamento (HAIEK *et al.*, 2016; SIQUEIRA *et al.*, 2011).

Eu ia ter uma família, então eu tinha sonho de ter um filho, aí fui, eu tentava, tentava e não conseguia, aí quando eu consegui aí morreu daquela forma que eu também não esperava que eu ia fazer um parto forçado. A9

Um ponto a se destacar é o uso de uma droga chamada “Brack-lança”. As participantes descrevem este termo como a mistura do lança-perfume com o loló, uma droga semelhante ao lança-perfume, utilizado como inalação. Algumas adolescentes descreveram o que é a droga, como é utilizada e a dinâmica do preparo.

É a química do lança. Na central vende muito. Ai tem o lança, você bota a química pra formar o lança você compra o gás. Enche de gás. Ai, eu usei muito brack lança, a química do lança que era mais forte do que o lança [...] A2

A prevalência diagnóstica de internação dos bebês foi a prematuridade e o desconforto respiratório, seguido da sífilis congênita, corroborando com a parcialidade do pré-natal, onde as participantes claramente relataram o máximo de 3 consultas, inviabilizando o acompanhamento do bebê. Compreende-se a vulnerabilidade programática, quando se observa a não adesão às consultas de pré-natal, que por diversos motivos são colocadas como insignificante, evidenciado pelo esquecimento das datas das consultas pelas adolescentes, pela perda de exames na instituição de saúde, e pela violência narrada como fator inibidor para a presença na consulta. Perpassa também a vulnerabilidade individual, resultando em situações adversas no contexto de saúde desta adolescente, bem como a vulnerabilidade social e programática desta mulher com este filho (AYRES; PAIVA; FRANCA, 2011), visto que o consumo problemático de drogas, a ausência ou incompletude do pré-natal e o acompanhamento gestacional ineficiente favorecem o nascimento e comorbidades ao recém-nascido.

Aí minha barriga ficou dura e aí eu saí do baile. A barriga ficou muito dura, doeu muito. Aí doeu. Doeu muito, muito, aí ficou doendo. Minha prima tava comigo, aí saiu uma água...Saiu água no meio das pernas assim. Minha prima falou que o neném tava nascendo, aí saindo do baile, eu tive neném na rua. Ambulância chegou, pegou eu, pegou o neném. E aí vim pra cá, e aí ele veio pra cá. Ai ele tá aqui. Eu já fui pra casa [...]. A6

Percebe-se nesta narrativa a vulnerabilidade individual em que a adolescente se encontra, desconhecendo o processo de parturição, contrações e perda de líquido amniótico. Observado os riscos ao bebê, que teve seu nascimento na rua, sem técnicas assépticas, expondo-se a infecção. Pensando na vulnerabilidade, não há condição materna específica que possa dar sentido concreto para os riscos à exposição da mãe adolescente ou do bebê. As características para favorecerem a vulnerabilidade variam de acordo com o ambiente cultural, político e social em que esse binômio está inserido, partindo daí o contexto de construção de valores, ações e inter-relações (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

A idade gestacional, conforme a Avaliação de Ballard, realizado pelo pediatra no exame físico imediato ao nascimento alternou entre 27 a 41 semanas e 2 dias, bem como o peso de nascimento variou entre 690g a 4.190g. O Ballard é um método de avaliação da idade gestacional (IG) de recém-nascido (RN) através da análise de 6 parâmetros neurológicos (postura, ângulo de flexão do punho, retração do braço, ângulo poplíteo, sinal do xale, calcanhar-orelha) e 6 parâmetros físicos (pele, lanugo, superfície plantar, glândula mamária, olhos/orelhas, genital masculino, genital feminino), a cada um dos quais se atribui uma pontuação que na somatória determinará a estimativa da idade gestacional (PESSOTO; MARBA, 1998). Percebe-se o desconhecimento da mãe adolescente frente a prematuridade e condições de desenvolvimento do bebê na UTI Neonatal.

Ah tia, ele, ele, ele é pequeno. Ele é muito pequeno. Ai tia, ele nasceu muito pequenininho. A6

Ao se analisar a narrativa percebe-se a construção do indivíduo associado ao coletivo. A vulnerabilidade individual se referindo ao grau de conhecimento e qualidade de informação desta adolescente em relação aos problemas de saúde (AYRES *et al.*, 2006). Remeter o RN prematuro de forma carinhosa e encantadora como algo que não impacta na vida desta mãe e desse bebê nos faz refletir sobre seus conhecimentos acerca dos riscos de um prematuro, que se mostram incipientes, entendendo também a vulnerabilidade social que a afeta.

Ayres *et al.* (2006, p. 401) fomentam que “as estratégias de intervenção para redução de vulnerabilidades precisam não abandonar os aspectos individuais, mas considerá-los sempre em suas perspectivas sociais, mesmo em se tratando de atendimentos individuais”. Cabe aos serviços e profissionais de saúde notarem a responsabilidade no que se refere à promoção da saúde e à prevenção de agravos para que isso se estenda para além da tarefa de alertar as pessoas sobre as possíveis ameaças à sua saúde, mas também para reprimir obstáculos ou a não tolerância no fornecimento de informações, considerando seu contexto de vida e sua individualidade.

Outro fator importante são os eventos que estas adolescentes retratam nas narrativas. Todas as participantes referem os bailes nas comunidades que estão inseridas como lazer. Um desses eventos, identificado como “baile da gaiola” por uma das participantes revela a dinâmica da festa, o oferecimento de bebida alcoólica e drogas também para uso de menores de idade, além de muitas adolescentes grávidas frequentarem a festa, e, como essas adolescentes são envolvidas neste contexto. Tais festas são promovidas por pessoas os quais

elas identificam como “patrões”, sendo eles os patrocinadores da festa que elas participam. Entende-se que o patrão é relacionado à chefia do tráfico de drogas daquela comunidade.

O patrão, o dono da festa. Ele que bota lá, aí as vezes tem lança, as vezes tem cigarrinho. Sempre tem, sempre tem whisky. Sempre tem vodka. Ai, as vezes tem pedra, tem pedra também [...] Eu gosto do lança. Lança, cigarrinho, eu gosto. Ai eu, vou. Vou no baile. Às vezes eu vou, as vezes não vou. O baile é sexta, Aí, as vezes vou sexta, às vezes vou sábado [...] Eu sempre fui no baile. Eu gosto. Sempre gostei de ir no baile. Aí eu fiquei grávida, embuchei. Aí eu continuei indo, continuei indo. Ai só não usei muito lança, o lança não usei não, mas a maconha ajuda a ficar bom, o whisky também é bom, mas só. Só whisky e a maconha, cigarrinho é bom, foi bom.
A6

O álcool consumido pela gestante atravessa a barreira placentária, fazendo com que o feto seja exposto às mesmas concentrações do sangue materno. Portanto, a exposição fetal é maior, devido ao metabolismo e eliminação do feto serem mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado ainda pela substância favorecendo o risco de vida do feto e causando complicações na vida do recém-nascido (BRASIL, 2003). Percebe-se que há aspectos individuais, familiares e sociais que corroboram para o uso destas substâncias antes, durante e após o ciclo gravídico.

O escore de Apgar, é um teste que consiste na avaliação apenas pelo pediatra de 5 sinais objetivos do recém-nascido, atribuindo-se a cada um dos sinais uma pontuação de 0 a 2. O teste, aplicado duas vezes (no primeiro e no quinto minuto após o nascimento), é utilizado para avaliar o ajuste imediato do recém-nascido à vida extrauterina, sendo os sinais avaliados: frequência cardíaca, respiração, tônus muscular, irritabilidade reflexa e cor da pele (TAMEZ, 2013). Nas entrevistas realizadas o Apgar variou como primeira nota de zero a nove, e no quinto minuto variando de 4 a 9. Devido à instabilidade ao nascer, alguns dos filhos das participantes necessitaram de avaliação no 10º minuto de vida, como observado na fala da Adolescente 5, que retrata a instabilidade do bebê ao nascimento e a gravidade de seu estado dentro da UTI Neonatal, naturalizando o processo de reanimação cardiopulmonar do RN.

Dia 24 de abril. Aí ele teve no dia 25, na madrugada do dia 24 pro dia 25 uma parada cardíaca 1h25 da manhã. E ele tava com muitos aparelhos nele por conta da respiração. Não podia comer, não podia fazer nada. A5

O parto vaginal foi predominante entre as entrevistadas, o que nos faz refletir à emergência obstétrica, pois o parto prematuro para evitar comorbidades aos bebês normalmente é indicado a cirurgia cesariana. Percebe-se que em sua maioria, os partos são retratados de forma traumática, difícil e sem o apoio dos profissionais. Neste percurso

evidencia-se lacunas no tratamento desta adolescente durante seu trabalho de parto tendo como consequência a piora clínica do RN assim como o trauma psicológico desta mãe, demonstrando que a política de saúde existe, que se tem a implementação, porém, os profissionais necessitam de qualificação para desenvolver o que está previsto, em especial, em relação à humanização do parto (BRASIL, 2003). Vale ressaltar a evidência nas narrativas o pavor das adolescentes frente ao parto e a assistência obstétrica:

Não sei, assim. Eles só vieram mesmo depois que o neném estava quase nascendo, pra olhar a cabeça, se estava pra fora. Eles estavam na recepção. Meu filho nasceu só jogaram ele e desceram pra UTI. A1

Ai! Meu parto foi horrível. Eu fiquei 24 horas sentindo dor. Assim, quando eu tava um mês deitada já... Eu não tinha força nas pernas. Aí eu não tinha nem força pra ter ele. Aí quando eu tava na sala de parto, veio uma mulher toda hora falando que, na hora que eu tava fazendo força pra ter ele, toda hora ela ia lá falar que ele ia morrer. Toda hora, toda hora, toda hora, assim... eu não me lembro, eu tava tão grogue assim, que eu não me lembro quem era. A9

Percebe-se nas narrativas acima que o resultado de uma assistência não acolhedora desmotiva, inquieta, aflige e angustia a adolescente, dando razão e permeando sentimentos negativos no seu processo de parturição. Uma assistência “desumanizada” favorece a assistência técnica e mecanizada sem desmistificar os medos da adolescente, dando margem à angústia, frustração ou raiva, negligenciando um caminho mais acolhedor, real, possível e até desejado, o que favoreceria na redução da vulnerabilidade da mãe e da criança (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Concomitante ao processo de gravidez, a parturição é relatada de forma dificultosa e assistida de forma incipiente pela maioria das jovens, mostrando a demora da evolução da parturição, as narrativas negativas da equipe de saúde com as jovens e o despreparo no acolhimento a esta adolescente.

Ah meu parto foi ruim demais da conta. A mulher lá em cima, falava que ele não ia sobreviver. Falava, falava que ele ia nascer e ia morrer. Porque a mulher da ultrassom falou que ele ia nascer com os negócio tudo pro lado de fora, ain... aquilo... os intestinos pro lado de fora. Aí quando ele nasceu elas já desceram correndo com ele, entendeu? Aí acabou que ele nem nasceu com nada. Assim foi o pior dia da minha vida, né? A9

Ah sobre o meu parto, aiiinn... Meu parto... eu fiquei o tempo todo sozinha porque eu não ganhei assistência nenhuma da médica. A1

Neste estudo infere-se a vulnerabilidade programática, evidente nas seguintes situações: falta de atualização do profissional em relação ao tratamento da mãe adolescente

em relação à humanização do parto e assistência; fragilidade institucional das unidades que prestam atendimento pré-natal por falta de medicação, perdas e falhas no sistema de realização de exames e liberação de resultados; falta de informação e orientação em relação ao planejamento familiar e orientação sexual para essas adolescentes, assim como o programa de prevenção ao consumo problemático de álcool e outras drogas. Além disso, atitudes como falta de prioridade no atendimento, despreparo e a falta de interesse do profissional de saúde com a adolescente perpetua a vulnerabilidade programática para a vida desta jovem.

Com essas narrativas é possível identificar que os serviços de saúde bem como os profissionais se mostram com dificuldades ou até incapazes de reduzir as vulnerabilidades para a mãe e a criança. O diálogo, a primeira porta para o acolhimento, não é enfatizado na relação profissional-adolescente, prejudicando a troca de ideias, a reflexão sobre a saúde da própria adolescente assim como do seu filho, impede até a continuidade de atenção, diminuindo assim o olhar para o binômio e as intervenções necessárias neste contexto (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

Essa vulnerabilidade programática diz respeito à falta de políticas assistenciais que contemplem as especificidades da saúde da adolescente, à falta de acessibilidade e comunicacional nos serviços regulares de saúde, como as unidades básicas de saúde, ambulatórios e hospitais assim como à falta de sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde e à falta de reconhecimento nos serviços no que se refere à saúde da adolescente exposta a riscos (NICOLAU; SCHRAIBER; AYRES, 2013).

Em relação ao acolhimento, a Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde pública no Brasil. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Promover a comunicação entre profissionais e usuários favorece a mudanças que proporcionem melhor forma de cuidar. A humanização consiste em valorizar os usuários na produção de saúde. Valorizar os sujeitos é oportunizar uma maior autonomia, a ampliação da capacidade de transformar a realidade em que vivem, da participação coletiva nos processos de saúde (BRASIL, 2003).

O acolhimento é uma diretriz da PNH que não necessita de precedentes para que seja executada. Para que o acolhimento seja presente e recorrente nas unidades de saúde, é preciso que ocorra o contato direto e o vínculo estreitado entre a paciente com a equipe de saúde para que seja discutida a forma como está sendo designada, ouvida e avaliada as informações e, com empatia, saber qual o caminho que a mãe adolescente dentro da unidade deverá seguir,

melhorando a qualidade no atendimento e refletindo no bem-estar da mãe quanto do bebê internado.

Os resultados encontrados compreendem a gravidade da situação dessa população e provoca o debate sobre ampliar o SUS através das suas redes de atenção, para o acolhimento e acompanhamento dessa demanda. Importante ressaltar sobre as necessidades que esta população necessita, sendo de responsabilidade do campo da saúde, mas, que também envolve a atuação de outros setores como a justiça, a educação, o trabalho e os direitos humanos.

A ausência/deficiência de pré-natal favorece a vulnerabilidade programática (AYRES; PAIVA; FRANCA, 2011), refletindo acerca da precariedade da ação de prevenção e controle do período gestacional, dificultando o desenvolvimento fetal, assim como o rastreamento das IST, como relata a narrativa da Adolescente 1:

Eu ainda perdi uns pré-natal, quando descobri que eu tava, de gravidez. Fiz o pré-natal, mas ai faltei também. Comecei a ir. Depois me deram encaminhamento pra bater a ultra. Bati, descobri que era menino. Era pra primeiro de abril meu filho, na verdade. A1

O cuidado com as gestantes dependente de álcool e de outras drogas é complexo e exige um preparo específico por parte dos enfermeiros. O pré-natal desta clientela exige dos profissionais a consciência e responsabilidade das características únicas de cada usuária. O principal obstáculo para o tratamento das mulheres dependentes, em geral, é o preconceito que sofrem por parte da própria comunidade em que estão inseridas, dificultando a adesão das mesmas que colocam a consulta como desimportante no período gestacional (PINHO *et al.*, 2009). Faz-se necessário que os profissionais de saúde repensem a sua importância assistencial, assim como nas atitudes que (des)qualificam a sua interação com a mãe adolescente dependente de drogas a fim de realizar positivamente uma construção verdadeira e interativa entre aquele que cuida com aquela que precisa ser cuidada (SOUZA; MELLO; AYRES, 2013).

3.1.1 O consumo de álcool e outras drogas por mães adolescentes e a internação do filho

As narrativas revelam a naturalização do uso da bebida alcoólica, sendo este o primeiro contato com o consumo de droga da jovem, em sua grande maioria o uso é influenciado pela sociabilidade da adolescente com amigos, com o companheiro ou namorado. Por ser uma droga socialmente aceita, mesmo proibida para menores de 18 anos conforme artigo 81 do Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 1990), as adolescentes narram livremente com tranquilidade e sem pudor sobre o período do consumo e o elevado quantitativo que consideram uma “pequena quantidade”.

Era bar assim, tipo festinha, tipo de dançar, beber, essas coisa assim. Era com bebida, tinha música bem alta, assim, meio que curtia mesmo assim, pra curtir, dançar funk assim, não ter vergonha assim, aí eu tomava uminhas. Teve uma vez assim que eu fiquei muito zoada, (risos), não sabia quem eu era, mas eu tava com minha amiga aí ela me ajudou, né? Aí meu namorado também tava, mas foi engraçado. Fiquei malzona.. A12

Aí todo dia, se fosse um copinho pra mim poder, igual café, tem gente que todo dia de manhã bebe café. Eu não, era alguma coisa que tinha álcool, cerveja, essas coisas assim. E tinha que beber quando eu acordasse. A5

Durante a gestação, a utilização de drogas lícitas e ilícitas constitui um fator de risco para a saúde da mãe e para o desenvolvimento do feto, haja vista que as consequências e os efeitos maléficos sobre o conceito e sobre o organismo materno são devastadores (FERREIRA; MIRANDA, 2016). Observa-se que a maioria das adolescentes refere que o quantitativo usado como pouco volume, porém, nas narrativas o que elas referem como pouco são doses relativamente elevadas para o consumo. Além disso, percebe-se o hábito de utilizar vários tipos de bebidas ao mesmo tempo com quantitativo de etanol elevado possibilitando a alucinação e embriaguez.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a) descreve que o consumo problemático é definido quando há a ingestão de cinco ou mais doses de bebida alcoólica no sexo masculino ou quatro ou mais doses de etanol em uma única ocasião no sexo feminino, em que seja ingerido pelo menos uma vez num período de 30 dias. Já a dose habitual de álcool é considerada quando há a ingestão de bebida alcoólica nos últimos 30 dias, independentemente da dose. Uma dose de bebida alcoólica possui em média 14 gramas de etanol, pois a densidade do álcool numa bebida é de 0,79g/ml.

Aí chegou lá assim, eu bebi uns quatro ou cinco copos. Ai daí não bebi mais. Ai quando ganhei ele, aí ficou aqui no hospital internado, ai eu ganhei alta, ele ficou, eu fui pra casa. No dia da páscoa eu bebi, mas também não bebi mais. [...] Eu bebi, vodka, energético, wisky, até cerveja. Só isso. A1

No quesito vulnerabilidade, percebemos que estas mães adolescentes se caracterizam pelo potencial adoecimento relacionado a condições desfavoráveis de saúde. Este fenômeno (uso de álcool e drogas) não é necessariamente uma característica exclusiva de uma adolescente, mas uma característica que possui inúmeros fatores, múltiplas causas ou diversas interferências que podem corroborar com o prejuízo à sua saúde, potencializando riscos, como por exemplo, a gravidez precoce e não desejada, ou morbidades gestacionais (PEGOLO DA GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

Percebe-se o descontrole com o uso das bebidas ao relatar que não tinha hora nem dia para o seu uso, e que por vezes a família se desestruturava com a percepção da dificuldade da adolescente frente ao consumo exacerbado da droga:

Na gestação, tipo assim, eu bebia, bebia, bebia. Só vivia bebendo. Chegava em casa doidona. Minha mãe ainda me bateu, eu doidona em casa. Chegava a cair no meio da rua de tão bêbada que chegava. Com medo de bater a barriga na rua. A4

Observa-se a influência do companheiro, dos familiares e amigos no uso da bebida alcoólica e da droga, primeiramente a bebida, a droga como continuação e até o aumento do efeito pelo consumo.

Tipo assim, antes de engravidar, eu ia pra baile, usava brack lança, bebia, chegava em casa doidona. Aí tem meu namorado, engravidei, peguei barriga, continuei usando, usando, usando mas teve uma hora que eu não aguentei mais, o corpo não aguentava mais, aí peguei e falei "não vou parar", aí parei de usar, mas continuei bebendo. A4

Pelo uso do álcool e drogas por pessoas próximas percebe-se nas entrevistas que tal consumo são colocados como forma da jovem se socializar e interagir no meio em que está inserida. As participantes relatam sempre o uso em festas, bailes e resenhas (definido pelas adolescentes como um encontro casual, entre familiares e/ou amigos, onde cada um leva sua bebida ou outra droga e compartilham o seu uso) como forma de consumir de forma gratuita como um benefício em frequentar tais lugares.

Por ser considerado algo socialmente aceito, porém, legalmente proibido, o uso do álcool muitas vezes é subnotificado. E mais uma vez percebemos a ausência do acolhimento e o despreparo profissional na abordagem a estas adolescentes. Para a família, o uso do álcool é

ambientalmente favorável e induzido; mesmo que legalmente no Brasil seja proibido a venda e consumo de bebida alcoólica por menores de 18 anos (BRASIL, 1990). Frente a este conflito (aceitação familiar versus legalização), a adolescente não expõe a sua rotina verídica quanto ao etilismo. Então, faz-nos refletir que muitas alegam que não usam por considerar isso como prejuízo ao seu atendimento. Portanto, considera-se que os dados epidemiológicos relacionados a esta informação são incipientes, dificultando as propostas de intervenção a este quadro, desfavorecendo a análise da vulnerabilidade que permeia esta adolescente (PEGOLO DA GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

Em alguns momentos, as jovens falam das resenhas, que são encontros casuais feitos na casa de amigos ou na própria residência da jovem.

Na festa a gente ia assim era tudo liberado, liberado assim grades, tinha cerveja, vodka, maconha, cigarro, então tipo assim era a gente própria que guardava tipo assim na festa e guardava numa bolsa e botava tudo no canto assim, que a gente chegava e começava a usar e depois a gente ia embora, ia pra casa, ficava cada um no seu canto. Cada festa que a gente ia era eu que chamava pra minha festa que às vezes eu não deixava levar, porque daí a gente descobriu que eu estava grávida e pra evitar muito cheiro, muita fumaça com cheiro e muita tensão. A3

É importante ressaltar que o cuidado com as gestantes que usam álcool e/ou outras drogas é difícil e exige preparo especial por parte dos profissionais de saúde pois, necessitam conhecer as características particulares desta clientela (MAIA et al., 2019).

As gestantes usuárias de drogas apresentam um menor comparecimento nas consultas de pré-natal, maiores riscos de intercorrências obstétricas e fetais como também, em geral, não participam de grupos de gestantes, além da maioria das mães abandonarem seus filhos (KASSADA et al., 2013; LOPES; ARRUDA, 2010). Embora as mães adolescentes não acreditem nessa relação, correlacionando a perda de filhos anteriores com outros fatores, menos o consumo de álcool e outras substâncias.

Aí eu fui imitar a mulher tropeçando e cai também, só que eu não cai de cair no chão não, eu cai com um joelho no chão e uma perna levantada. Deu pressão, estava com poucos meses, deu pressão e teve a possibilidade de perder. Comecei a sangrar, sangrar [...] Quando eu cheguei aqui na maternidade eu já estava perdendo o bebê. Só que o bebê não estava morto, sei que já não estava aguentando mais, estava ficando com falta de ar. Eu gritava de dor [...]. A2

Evidencia-se pela narrativa da participante que na primeira gestação ela se considerava inconsequente por usar outras substâncias ilícitas, e associa a perda do bebê apenas a estas drogas, não enfatizando o consumo de álcool que também ocorreu na segunda

gestação, denotando o consumo de bebida alcoólica como algo normal para ela, para o companheiro e para as festas que ela frequentava.

Não tenho o que falar, porque sou adolescente ainda, só bebi. Eu nunca coloquei nada de droga na minha boca [...] Cerveja eu bebia bem... era assim... umas 10 latas assim. Vodka só com energético. Mas eu não aguentava muito, porque a cerveja já era muito, eu passava mal. O pó pra tirar onda com a cara dele. Ele achou que eu não sabia usar, aí mostrei que era facinho. A7

Mais uma vez é perceptível a influência de pessoas próximas à adolescente, muitas vezes de confiança, como pais e parceiros no uso do álcool e outras drogas, desconhecendo o efeito do álcool para o bebê. Lembrando que o álcool apresenta um elevado grau de toxicidade e mostra que o consumo de apenas 30 ml/dia pode causar abortamento espontâneo, malformações, anomalias do sistema nervoso central, descolamento de placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, alterações cardíacas, síndrome alcoólica fetal e parto prematuro (SANTOS et al., 2014).

Vale ressaltar que a saúde mental é intrinsecamente afetada com o uso problemático destas substâncias, causando assim um sofrimento mental nessas adolescentes. Portanto, pensar em vulnerabilidade é criar redes de atenção inter-relacionadas com acesso interdisciplinar formando a integralidade de cuidado e permitindo assim, reduzir à exposição de danos (PEGOLO DA GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

O estudo evidenciou que a mãe adolescente confirma o uso da droga na gestação e não compreende a falha do método contraceptivo como consequência do efeito do álcool/drogas. Todas as participantes relataram a culpa como decorrência de outros fatores e não do consumo problemático destas substâncias. Além disso, as narrativas das adolescentes demonstram desconhecimento dos sintomas da gravidez, descobrem tardiamente o processo gestacional, o que reduz ou anula as consultas pré-natais.

Minha gravidez não foi complicada só que eu não fiz os pré-natais porquê e não sabia. Fui descobrir depois de maior tempão. A8

[...] O que descontrolou minha menstruação foi a injeção. A ciclo 21. A4.

Em poucos momentos as mães relatam com veemência o consumo problemático de álcool e outras drogas, como os culpados pelo processo de internação dos seus filhos. Elas sempre acreditam que as crianças estão bem, que os problemas são relacionados a outros fatores e não às drogas utilizadas na gestação. Porém, instintivamente elas denotam que de

alguma forma, direta ou indiretamente, isso poderia causar algum dano ao bebê, referenciado em algumas narrativas das participantes.

[...] Não quero mais isso pra mim, ainda mais porque eu estou grávida então minha filha pode vir prematura, mas eu sabia que ia vir prematura, porque de tudo de tudo de tudo que ia acontecer eu sabia que ia ficar na incubadora, que ela ia precisar de oxigênio, porque ali eu não comia direito, era jejum, eu não comia direito, não bebia água, não bebia nada, fazia nada, só sabia de comer besteira. A3

Em outras narrativas percebe-se o arrependimento das participantes quanto ao uso de álcool e outras drogas durante o período gestacional. Tal fato as fazem se sentir culpadas pelo bebê estar internado, colocando a tristeza, o arrependimento, o olhar reflexivo e o semblante de frustração (não-dito) durante o momento das entrevistas.

Assim, bebia bastante, bastante, bastante. Aí bebia de sexta a sábado, de sexta a domingo. Aí cansei, aí bebi e cansei, agora tô sofrendo vendo meu filho na UTI. A4

A mãe, conforme suas particularidades, deve ser vista pela equipe de forma peculiar. Isto favorece a adaptação das mães, uma vez que nesse momento elas se encontram ansiosas, fragilizadas, com sentimento de perda e sem controle da situação (LIMA; SMEHA, 2019).

Outra situação desfavorável na internação do filho é a mãe adolescente acreditar que nem todos os profissionais que ali exercitam sua atividade laboral são parceiros no cuidado ao filho na UTI Neonatal. Mesmo elas não confirmando o uso destas substâncias no primeiro contato com os profissionais de saúde que as atendem, percebeu-se o medo delas inclusive durante as narrativas, as quais indagaram diversas vezes a pesquisadora quanto ao sigilo da gravação.

Ahhh... É horrível... Porque eu tenho minha vida lá fora. Só que eu tenho medo de sair daqui, porque eu tenho medo deles sumirem com meu filho, sei lá, né, a serviço social ela passa todo dia, né. Aí ela fica vendo se a gente tá aqui, né. Pra ver se a gente tá com o neném aqui, né. Aí eu não saio daqui, né. Porque tenho medo dela fazer alguma coisa. Mas tá sendo horrível [...] Você não vai colocar isso no jornal não, né? A9

É imprescindível que a equipe de saúde tenha sensibilidade, comprometimento e preparo técnico e científico, refletindo não só no cuidado do bebê, mas, sobre os sentimentos vivenciados por estas mães.

Vale refletir quanto à singularidade frente às características dessas mães adolescentes. Para esse cuidado, percebe-se a análise completa de todos os fenômenos que permeiam a vida

da adolescente, enquanto mulher, mãe e sujeito social. Valorizar a interação e a subjetividade, reconhecendo elementos individuais de cada adolescente. Desmistificar a assistência macro vislumbra as possibilidades de uma assistência com equidade e efetiva. Compreende-se assim uma dinâmica fragmentada, valorizando a liberdade da adolescente no diálogo com as instâncias sociais necessárias para sua melhor condição em saúde mental (PEGOLO DA GAMA; ONOCKO CAMPOS; FERRER, 2014).

Em relação à maternagem, as narrativas de vida evidenciaram que podem ocorrer em qualquer faixa etária, e que os problemas sociais que assolam este público não podem ser projetados somente nessas meninas. Entende-se que elas são as verdadeiras vítimas de um problema social que o Estado deve se colocar como responsável, o que impacta negativamente à suas vidas, projetando problemas futuros para esta menina, adolescente, mãe, mulher e ao futuro do seu filho. Reflete-se que a vulnerabilidade é um tema enigmático, tendo como desafiador a abordagem integral de acordo com suas especificidades pelo profissional para com as adolescentes. Captar as particularidades de uma menina em sua transição para a vida adulta, em uso problemático de álcool e outras drogas exercendo a sua maternidade e maternagem requer esforços de práticas inovadoras, rompendo limites de tabus, mitos e preconceitos (SILVA et al., 2014).

3.1.2 A transição das mães adolescentes e a maternagem modificada

O conceito de transição, da teoria de transição de Afaf Meleis, foi selecionado como referencial teórico por apresentar referências centrais que clarificam a experiência vivenciada das participantes deste estudo. O conceito de transição, que norteia a teoria de Afaf Meleis, ajudou na compreensão do fenômeno transicional da vida das participantes e deu suporte a reflexão da importância do diagnóstico e intervenção de enfermagem para a aquisição de um processo de transição saudável (MELEIS, 2012).

A mãe adolescente se mostra frustrada com a internação do RN. Para as mães participantes deste estudo a realidade apresentou-se diferente da planejada, elas tiveram interrompido o plano de ir para casa com o seu bebê. A frustração diante dessa realidade é expressa em suas narrativas:

[...] Eu não vejo a hora dela ir embora. Tá todo mundo arrumando lá já. Montando o berço, arrumando o quarto, as roupas, pensando que já ia embora hoje com ela [...] não aguento mais ela aqui. Como que ela toma banho? A7

O sofrimento das mães não é só pela internação do filho, mas, também é decorrente de todas as mudanças no seu cotidiano. Na hospitalização do filho, a mãe procura respostas para suas inseguranças, renovando suas forças para continuar, pois lidar com o ambiente da UTI Neonatal para uma adolescente é consideravelmente impactante para vida a dela como mãe e mulher.

Ela é muito gulosa. Chora muito na hora de comer, aí fica roxa quando chora. Dá nervoso vê ela chorando. Eu não quero que ela chora não. Eu quero que ela fique boa logo. A13

Quando a mãe tem a alta hospitalar e a alta do bebê não acontece, favorece à esta mãe os sentimentos de medo e dor, pois a vontade da mãe de levar o filho para casa, para seu ambiente acolhedor e conhecido, está presente desde a gestação, acompanhando suas idealizações (LARA; KIND, 2014). Assim, as mães, em geral, sentem-se inseguras e preocupadas, mesmo entendendo a importância da permanência do bebê na hospitalização. Quando a mãe interna para a vinda de um novo membro da família modifica toda essa estrutura emocional e familiar. Porém, quando se soma à notícia de que o bebê necessitará de uma Unidade Intensiva o choque é evidente, conforme evidenciaram as participantes do estudo:

Ah, aí eu não consigo relaxar não. Só vou relaxar quando minha filha tiver lá em casa. A10

Foi muito ruim. Ela nem mexia. Parecia que tava morta. Eu fiquei muito triste, porque num fiz consulta de nada na gravidez. A13

As Unidades de Terapia Intensiva Neonatais foram criadas com o objetivo de salvar a vida de RNs e crianças, e com o avanço tecnológico isso tem acontecido com sucesso, porém, ainda existe a associação entre UTI e a proximidade de morte. O ambiente da UTI é formado por um cenário de muitos aparelhos, movimentação generalizada dos profissionais, ruídos diferentes, e notícias que podem agradar a mãe ou não, com uma organização dinâmica e lógica diferente da rotina da mãe. Estar na UTIN era sempre uma surpresa para estas meninas, tão jovens e com uma experiência vivenciada em grande proporção, conforme foi referido por elas:

Ah um troço, sei lá. Tem dias que a gente recebe notícia boa, tem dia que a gente recebe notícia ruins [...] Ah, eu como mãe... É uma coisa que a gente fica abalado, isso acaba com a gente. Qualquer notícia ruim. Também tem um filho assim que você só pode tocar através da incubadora. A1

A partir do conhecimento e da solicitação da internação do filho na UTI Neonatal observa-se uma situação diferenciada daquilo que se é esperado ao nascer do filho. As jovens acreditam que a criança irá nascer e irá logo para sua residência, o que não acontece neste momento. A mãe recebe alta hospitalar, e o bebê permanece internado por dias ou até meses, não favorecendo o vínculo e os cuidados deste pequeno ser pela própria mãe.

Porque eu fiquei tão nervosa, na segunda vez também, que Deus me livre, passei mal. Hoje mesmo, fiquei desesperada, ele ficou lá embaixo mó tempão. Ai depois de mó tempão que eu subi, né, pra poder até acalmar um pouco. Fui lá fora, voltei. Ai, quando eu fui ali, pensei que tinha acontecido alguma coisa de grave, fiquei desesperada. Mas tá lá né, tá na graça de Deus. A8

Com a reinternação, a mãe adolescente refere a diferença do bebê ficar internado na Unidade Intensiva (UTI) e a unidade semi-intensiva, onde as crianças são vinculadas à mãe e a equipe de saúde favorece o vínculo da mãe com seu filho.

Tá na UI. Na UI pode mamar, pode pegar no colo, pode tudo que mãe faz com neném. Eu vou ganhar alta amanhã, talvez... que ia poder dar alta hoje, mas, devido ela ter golfado aí ele deu o medicamento pra ela e (tsc)... Ai, esqueci o nome daquele remédio[...]. A10

Na etapa de pós-nascimento há uma alteração emocional, essencial e provisória, que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se a ele e buscando atender todas as suas necessidades básicas (WINNICOTT, 1988). No puerpério isso é considerado natural, o fato de a mãe não dar importância para o autocuidado e dedicar toda sua atenção para o bebê. Porém, diante da necessidade de permanência do filho na UTI Neonatal, observou-se que o autocuidado das mães participantes ficou ainda mais prejudicado, e o bebê passou a ser o centro das atenções maternas de forma ainda mais intensa. Percebe-se também nas narrativas das adolescentes, a frustração de ficarem internadas junto aos filhos ou as idas e vindas no hospital cotidianamente.

É porque ela não tá perto de mim. Neném tem que sentir a mãe né? Ela vai chorar se eu não tiver aqui, eu não quero que ela chora. Neném tem que ficar com a mãe. É normal neném ir pra casa com a mãe. Mas ela foi apressada né? Teve que ficar aqui. E eu que to sofrendo com ela aqui. Mas vai acabar. O médico disse que ela vai embora logo. Assim que ela tiver peso, ela vai. E eu vou ficar com ela o tempo todo. A11

Evidencia-se, também, que o desenvolvimento do bebê está relacionado com o ambiente que o cerca, podendo dificultar ou facilitar sua evolução na sua realidade. Para Winnicott (1988), compreende-se que a mãe suficientemente boa é aquela que se adequa às necessidades do filho, o que não acontece dentro da UTI Neonatal, visto que a mãe adolescente se desagrega da realidade imaginada para a realidade existente, experimentando a ilusão, a frustração e a renúncia ao bebê imaginário.

É horrível hospital, é horrível. Mesmo não tendo nada, só pra ver ele. Minha gestação toda foi no hospital... os sete meses... ele aqui agora... é muito triste... A4

O nascimento de um bebê saudável favorece com que o bebê imaginário e o bebê real se aproximem rapidamente (WINNICOTT, 2005). Porém, quando esse bebê real é diferente do que se imaginou, como alterações cromossômicas, peso, idade gestacional, internação prolongada faz com que esse enfrentamento entre o real e o imaginário seja ainda mais complexo, sendo assim, um momento de fragilidade no exercício da maternagem. Portanto, o cuidado diferenciado dos profissionais de saúde, a humanização da assistência e o acolhimento a essa mãe devem ser prioritários, uma vez que o nascer de um filho diferenciado é complexo e dificultoso.

Aí elas são muito amorosas com minha filha, chama ela de minha filha também, assim. Acho que elas são muito boa. Aqui é muito ruim, mas elas são muito boa. Elas me ensinaram muita coisa assim, mas eu já sabia também, porque lá em casa sempre teve muita criança, então eu sempre ajudava. Mas elas ajudam muito. A12

Observa-se que as narrativas de vida das adolescentes evidenciaram as transições preconizadas na teoria da transição de Meleis (2010): Desenvolvimental, Situacional, Saúde-Doença e a Organizacional.

A transição desenvolvimental refere-se a eventos característicos do ciclo de desenvolvimento do ser humano. O nascimento, a morte, a cessação da menstruação, ou o diagnóstico de uma doença, são pontos e eventos críticos de transição propostos por Meleis e, geralmente são associados ao aumento da consciência das mudanças ou diferenças e engajamento mais ativo no processo de transição. Os pontos que se caracterizam por sentimento de estabelecimento de novas rotinas, habilidades, estilos de vida e autocuidar-se, são marcados pela oscilação, a mudança contínua, e perturbação da realidade (MELEIS, 2010). Percebe-se que as adolescentes conseguem visualizar essa transição, se referindo com o

termo “menina”, compreendendo que atitudes feitas por elas não necessariamente sejam atitudes aceitáveis para uma adolescente, retratado na narrativa a seguir:

Porque tipo assim, uma menina não vai tá no baile com 10, 11 anos, né? Porque minha mãe não me dava assim, não me dava limite. Se uma colega chegava e falava assim, vamo ali rapidinho, eu ia, porque minha mãe não me falava não, ela dizia “vai, vai”, porque minha mãe bebia muito, agora que ela parou. A9

Evidencia-se que a própria adolescente não acredita que suas atitudes são benéficas para sua vida. Inclusive confronta a atitude de familiares quando perpassa a atitude de não colocar regras/proibições em sua vida. Quando remetemos a fase de adolescência, pensamos em rebeldia, teimosia, personalidade difícil, sendo muitas vezes difícil de lidar com este público.

A transição desenvolvimental, corresponde à fase da menina que virou adolescente e que engravidou. No processo de transição desenvolvimental, as adolescentes entendem que são muito jovens para ter um filho. Mesmo com o desejo da maternidade, elas compreendem que são muito jovens e que pela idade precoce são muito mais expostas nas maternidades.

[...] A gente não pretendia, nem eu e nem ele, a gente sempre conversava em ter um filho, mas sempre falava pra ele: não posso engravidar agora porque eu sou jovem, ainda assim meu corpo não está formado pra isso de mãe, então isso faz mal pra mim e pra você porque a gente vai ter que cuidar de uma criança. A3

Ué? Eu continuei normal, assim. Continuei estudando e até parei de sair porque lugares igual o frango não dava pra ir, mas depois eu fui um pouco porque eu tava estressada [...] Você não conhece o frango? É um bar fechado assim, não de comunidade não. Mas é bar assim que tem muita gente assim, igual a mim. A12

As adolescentes do estudo também vivenciaram a transição situacional, devido ao consumo problemático de álcool e drogas no período pré-natal e com a hospitalização do filho. A transição exige um processo de adaptação de ideias, relações e atitudes destas adolescentes (MELEIS, 2012). Percebe-se o quanto a UTI Neonatal favorece a sentimentos oscilantes para estas mães adolescentes. Cada dia acontece uma situação diferente, e elas são informadas de forma bem técnica pelos profissionais de saúde. Compreende-se que a situação do RN internado favorece a mudanças cotidianamente para estes bebês e, conseqüentemente, diversas informações complexas e em grande proporção a estas mães.

Ficar o dia todo com ele, no sábado. Sábado e domingo. Nesse meio tempo ele, em menos de um mês, menos de duas semanas, ele saiu da intubação. Não aguentou muito tempo e voltou pra intubação de novo. AI voltou pro CPAP, em duas semanas de novo, ai o CPAP, deixou ele em ar ambiente e ele aguentou ficar em ar ambiente.

Como ele está hoje, em ar ambiente. Ai nesse meio tempo, ele ficou sem nada e aí foi pra pegar peso, aí ficou com 1,800g. A5

Ademais a adolescente passa pelo evento crítico de utilizar substâncias prejudiciais ao seu organismo, que também colaboram para prognósticos negativos da gestação e parto. Colocar no mundo uma nova vida exige desta mãe um processo de adaptação de novas rotinas. Ao mesmo tempo em que inicia este processo de transição desenvolvimental, saindo da infância para a adolescência, tendo esta adolescência com fatores situacionais com o consumo problemático de álcool e outras drogas, e com a internação do filho. O tempo de internação dos bebês é variável. Nas narrativas deste estudo o tempo mínimo foi de dois dias e o tempo máximo foi de três meses.

Essa parada aí mesmo. Aí ela tava na incubadora, aí ela tava com negócio na boca, ela dava muita pena. Aí eu tive alta não aguentei não. Eu saí pra curtir, porque assim, não dá. É muita pressão na minha cabeça. Eu não aguento, eu tinha que sair daqui. A12

Aí eu falei assim: porque não posso amamentar? Ela não me explicou o porquê e disse que ia voltar. Como tinha muita gente e ela tinha que atender todo mundo, ela deve esqueceu. Ela pegou ele e levou ele pra outra sala pra dar o leite do copinho, só que ele não quis aceitar o leite do copinho. Teve que descer pra incubadora pra tomar o leite, como se tivesse tomando soro e a moça falou: não se preocupa, se a glicose dele for ao normal até o final da noite, ele pode voltar pro quarto pra ficar contigo. Depende dele. A2

Tipo assim, antes de engravidar, eu ia pra baile , usava brack lança, bebia, chegava em casa doidona. Ai tem meu namorado, engravidei, peguei barriga, continuei usando, usando, usando mas teve uma hora que eu não aguentei mais, o corpo não aguentava mais, ai peguei e falei "não vou parar", ai parei de usar, mas continuei bebendo. Ai eu tive bastante complicações no parto. Já fiquei em coma no hospital, já fui pro CTI várias vezes. A4

Na transição organizacional, as narrativas de vida das adolescentes evidenciaram que elas sofrem as consequências de falhas estruturais no sistema de saúde. A falta de acolhimento e humanização na assistência às adolescentes são evidentes nas narrativas. Apesar de existir o CAPSad e outros programas de atenção a pessoa que faz uso problemático de bebidas alcoólicas e de outras drogas, as políticas públicas são deficitárias em relação ao acolhimento e assistência a esta população no sentido de atender as suas necessidades.

Observa-se que as adolescentes em sua maioria são culpabilizadas pelos profissionais de saúde, visto que eles desconhecem a abordagem adequada a ser utilizada com essas meninas. É possível constatar que o próprio hospital enquanto instituição de saúde não favorece a assistência particularizada a este público. O medo em relação à adolescência e o uso de drogas é um fator que dificulta a realização de uma transição saudável pelas

participantes deste estudo. O desejo de ser mãe vem da naturalização social das funções maternas, atendendo as necessidades básicas do filho, porém, as adolescentes acabam não perpetuando essa relação maternal, sendo influenciada fortemente na relação com o profissional de saúde, haja vista que elas tendem a esconder o uso das substâncias pelos julgamentos a que elas podem ser expostas, como visto em algumas narrativas:

Eu neguei tudo, porque tipo na hora me senti olhando pros médicos tipo assim bateu uma vergonha, me senti acuada por ele, porque era um médico na frente, um no lado, um do outro, aí pra mim eu fiquei assim meio acuada: fuma? Não. Bebe? Não. Tudo que eles falavam pra mim eu fala pra eles que não, e na hora da dor eu estava meio drogada mesmo, na hora da pergunta que fizeram foi tão rápida eu só sabia falar não, não, não e não, só sabia chamar a minha mãe. A3

Ressalta-se que a adolescente precisa ser incluída no cuidado humanizado, sem preconceitos, para, assim, proporcionar o suporte necessário, favorecendo a transição saudável. Essas são algumas das formas que a equipe de saúde pode atuar intervindo na vida destas adolescentes, dando o suporte necessário às inúmeras mudanças nas suas vidas, pois todas as situações vivenciadas por elas afetam não só a saúde delas como a dos seus bebês não só no quesito físico, mas também emocional, educativo, social, político e estrutural. É preciso que as organizações de saúde entendam e se apropriem da humanização da assistência à saúde para uma atuação profissional em prol do cuidado preventivo e assistencial da adolescente que é exposta a situações sociais, consumindo problemáticamente o álcool e outras drogas, e que se torna mãe e este filho fica internado dentro da Unidade Intensiva Neonatal.

Para algumas das jovens, a beleza da gravidez representa um marco importante, uma decisão de reviver, de novos rumos, um ponto de partida para uma mudança em suas vidas, visto que relatam o uso de álcool e outras drogas antes da gestação, além do desejo da formação de uma família:

Aqui nesse hospital. Aí... é meu sonho... assim eu queria ter um filho, era meu sonho, mas não assim, não tão nova. Aconteceu nova assim porque aconteceu mesmo. Ainda mais assim que eu não tinha preferência né. Porque vindo com saúde tava bom né, mas eu queria tanto ter um homem, tanto ter um homem, mas tanto ter um homem, porque assim minha família não é muito unida. E eu sentia que se eu tivesse um filho eu ia ser minha família, entendeu? A9

Mesmo com todas as situações vivenciadas por essas adolescentes, a maternagem é relatada por todas as entrevistadas. O vínculo entre a mãe e o filho não é favorecido pela equipe de saúde, principalmente, devido ao fato de a criança ficar internada e a mãe ter horário para visitar o bebê. Os protocolos de controle de infecção hospitalar, a equipe de saúde

estigmatizar a adolescente como “não-mãe”, e as rotinas da unidade colaboram para que esta mãe não consiga sentir ou despertar o seu maternar, mas, que instintivamente as adolescentes percebem e sente a falta do toque no bebê, do colo, da amamentação:

É difícil né. Eu não posso dar mamar, não posso acordar com ela do meu lado lá em casa, dar o banho nela de manhã, sair com ela no solzinho de manhã. Não posso. Toda vez, vejo a menina lá perto de casa com o nenenzinho dela no colo, fazendo festa, esses negócios. Não posso. Mas deixa que Deus faz o trabalho. Se Deus decidiu que ela vai ficar aí, ele sabe de tudo. A7

Winnicott (2006) relata que o bebê necessita e depende da mãe, com cuidados realizados particularmente para eles, visto que o ser humano necessita de contato com outros seres da mesma espécie assim como a natureza para seu crescimento e evolução. Nesse enfoque, percebe-se na narrativa a responsabilidade que a adolescente projeta sobre o “tornar-se mãe”, expondo todo o manejo que para ela deveria ser realizado por uma “mãe suficientemente boa”, enfatizando seu cuidado, colo, aconchego voltado para o filho, o que não acontece dentro de uma UTI Neonatal. A identificação de ser mãe ocorre ainda na gravidez, porém evidencia-se que a maternagem é prejudicada pelo afastamento decorrido pela UTIN, pois a mãe possui regras e horários dentro do setor, protocolos e rotinas a serem seguidas. Seu manejo, definido como “holding”, e seu cuidado é podado ou excluído, e sua relação e envolvimento emocional com o filho são dificultados.

O filho gerado, antes de internar, ainda não é considerado um ser reconhecido na vida da adolescente e da família a qual está inserida. Houve o nascimento biológico, mas não o social. A aceitação social e a formação da família podem vir a acontecer com a alta hospitalar do bebê internado ou não, caso ele tenha um prognóstico negativo durante sua internação (LIMA, SMEHA, 2019). Nas narrativas observa-se a normatização da internação na UTI neonatal, com ideias equivocadas ou desconhecidas sobre o que é a UTI neonatal, o cuidado ali disposto ao RN e a gravidade do bebê ali internado:

O doutor falou que ele tem que tomar luz, pra ficar bom e ele nasceu pequenininho. Parece um ratinho. Parece um ratinho, assim, pequenininho. Muito pequenininho. A6

O aleitamento materno fornecido pelo banco de leite ou pela sonda faz com que essas jovens não sintam que o filho é dela, não sintam a aproximação do filho:

Ah... não tem sensação nenhuma porque uma mãe deve dar peito ao filho. Só tira leite né. Só isso. A1

A adolescência é caracterizada por redescobrimto e valores na construção da sua identidade. E com isso, as jovens aderem à prática sexual como forma de reafirmação e empoderamento. Porém, esse empoderamento e a cultura que ela está inserida nem sempre favorece à uma prática sexual segura, visto que o ato sexual é perpetuado como influência de outras adolescentes, com informações inadequadas sobre sexo seguro, além do consumo de drogas, favorecendo uma gravidez precoce (OMS, 2011; SOUZA; GOMES, 2009). Além disso, percebe-se a necessidade de socialização frente ao papel de ser mãe, muitas vezes, entendendo que a gravidez nessa idade faz parte do projeto de vida desta adolescente, considerando a feminilidade associada ao tornar-se mãe. Então, ao não vivenciar essa autonomia dentro da UTI Neonatal, ao se tornar dependente dos profissionais de saúde, retira-se a condição de se tornar mulher, considerando que houve a perda da sua função na sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atendeu aos objetivos propostos. As narrativas de vidas das adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas com filho internado propiciaram a análise do processo de transição de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à internação do seu filho. Foi evidenciado que as adolescentes apresentaram a vulnerabilidade individual, social e programática, bem como apresentam as transições: desenvolvimental, situacional, saúde-doença e organizacional.

As narrativas descritas evidenciaram que dentre as drogas referidas pelas mães adolescentes, o uso de álcool é sempre a substância psicoativa mais utilizada, talvez pela forma socialmente aceita. O uso do álcool e outras drogas demonstra-se cada vez estar presente no grupo dos adolescentes, de caráter cada vez mais precoce, sempre com influência de terceiros, assim como de modismo, ostentação, festas e opções para as classes mais inferiorizadas.

Ao identificar a vulnerabilidade em que a adolescente está imersa, bem como o processo de transição desta mãe adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação à hospitalização do seu filho percebe-se que a transição desta adolescente nem sempre é saudável, porém, cabe a equipe de saúde contribuir para a melhoria desse contexto, independentemente da idade da mãe, das intercorrências gestacionais, e do consumo problemático de drogas, pois a maternagem será construída pela adolescente. Desde a percepção dela de que existe um ser novo que precisa única e exclusivamente dela, como fonte de alimento, calor, aconchego e carinho. Visto que as mães adolescentes sentem falta de promover esse cuidado, de se tornar mãe.

Essas mães adolescentes estão vulneráveis em relação à vulnerabilidade individual, social e programática. O conceito de vulnerabilidade favorece numa política de redução de danos a fim de criar novos fundamentos para a ação preventiva no atendimento a essas adolescentes, para que possa demarcar possíveis avanços na intervenção preventiva e no cuidado à saúde dessas adolescentes.

Vale a pena ressaltar que uma das limitações para a elaboração deste estudo foi o tempo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, além da resistência de alguns profissionais de saúde sobre a temática proposta. Outro fator importante foi que a confirmação do uso de álcool e outras drogas pelas adolescentes não foram descritas em seu boletim de entrada/internação na maternidade pelo profissional que a admite na unidade,

refletindo quanto ao acolhimento incipiente desta adolescente. Porém, com a ambiência da pesquisadora e a aproximação com as entrevistadas o uso problemático dessas substâncias era confirmado.

Enfatiza-se a importância dos profissionais que atuam na área da saúde, frente ao treinamento profissional no que diz respeito ao uso de drogas na adolescência e na gestação, com o objetivo de realizar um acolhimento eficaz, prevenir e detectar o uso dessas substâncias, evitando comorbidades gestacionais e a morbimortalidade desse filho.

Justifica-se a necessidade da exploração deste assunto, visto que há carência de publicações científicas, especialmente no Brasil. O estudo contribuiu com subsídios para o profissional de enfermagem que atua com esse público possa compreender os verdadeiros anseios, angústias e frustrações, favorecendo a melhoria no cuidado a esta clientela, sem estigmas, estereótipos ou preconceitos, se preparando, tendo conhecimento sobre as drogas e seus efeitos, sendo lícitas ou não, para então fornecer uma assistência de qualidade e com comprometimento integral para a mãe e seu filho.

Enfatiza-se a importância deste estudo para o ensino de graduação e pós-graduação, ressaltando que esta temática ainda não compõe a grade curricular das instituições de ensino superior público ou privado, limitando o conhecimento dos acadêmicos de enfermagem à ideia e consciência sobre o assunto, possibilitando a visibilidade sobre o tema, ainda tão pífio nas unidades de ensino. Acredita-se que a reflexão sobre este assunto ainda na formação da enfermagem contribui para a reorientação das práticas assistenciais a esta clientela, minimizando os agravos à saúde das adolescentes.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Brasil). **Resolução (RDC) nº 29**, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Brasília, DF, 2011.
- AGHAMOHAMMADI, A.; ZAFARI, M. Crack Abuse during pregnancy: maternal, fetal and neonatal complication. **J. Matern. Fetal Neonatal Med.**, London, v. 29, n. 5, p. 795-797, 2016.
- ALBERNAZ, E. P. Prevalência e fatores associados à internação hospitalar para tratamento da infecção do trato urinário durante a gestação. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 5, p. 199-204, 2013.
- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200003>. Acesso em: 11 set. 2019.
- 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.
- ANDRADE, T. M. Reflexões sobre Políticas de Drogas no Brasil. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 12, p. 4665-4674, 2011.
- 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.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Entrevista com José Ricardo Ayres. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 51-60, 2018. Disponível em: DOI 10.1590/S0104-12902018000002. Acesso em: 01 nov. 2019.
- AYRES, J. R. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.18, supl. 2, p. 11-22, 2009.
- 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, 2006. p. 375-417.

AYRES, J. R. C. M. *et al.* Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R. M.; PARKER, R. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidade e poder**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. p. 49-72.

AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA, I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: PARKER, R.; SOMMER, M. (Org.). **Routledge Handbook in Global Public Health**. Abingdon: Taylor and Francis Books, 2011. p. 98-107.

BARCELLOS-OLIVEIRA, M. F. A. P. *et al.* Processos de trabalho e impasses institucionais em saúde mental. REIS, A. O. A. *et al.* **As crianças e os adolescentes dos centros de atenção psicossocial infanto-juvenil**. São Paulo: Schoba, 2012. p. 165-179.

BASTOS, F. I. Política de drogas na segunda década do novo milênio: reforma ou revolução? **Argumentum**, Vitória, v. 7, n. 1, p. 8-16, 2015.

BERNARDY, C. C. F.; OLIVEIRA, M. L. F.; BELLINI, L. M. Jovens infratores e a convivência com drogas no ambiente familiar. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 589-596, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/269/pdf>. Acesso em: 19 ago. 2018.

BERTAUX, D. **Los relatos de vida**. Barcelona: Bellaterra, 2005.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal: EDUFRN, 2010. p. 89-118.

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

BOLSI, K. B. **Vulnerabilidades na adolescência: estudo em um pequeno município**. 2013. Trabalho de Conclusão do Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Centro Universitário Univates, Lajeado, 2013. Disponível em: <http://www.univates.br/bdu>. Acesso em: 14 ago. 2017.

BOTELHO, A. P. M.; ROCHA, R. C.; MELO, V. H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 41, p. 23-32, 2013.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL. Conselho Federal de Entorpecentes. **Programa de Ação Nacional Antidrogas**. Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Organizadora da III CNSM. **Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 11 a 15 de dezembro de 2001. Brasília, DF, 2002a.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 488**, de 6 de outubro de 2011. Resolve que a inserção de toda e qualquer entidade ou instituição na Rede de Atenção Psicossocial do SUS seja orientada pela adesão aos princípios da reforma antimanicomial, em especial, no que se refere ao não isolamento de indivíduos e grupos populacionais. Brasília, DF, 2011a.

BRASIL. **Decreto nº 4.345**, de 26 de agosto de 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências. Brasília, DF, 2002b.

BRASIL. **Decreto Presidencial nº 6.117**, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. **Lei nº 11.343**, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD). Brasília, DF, 2006.

BRASIL. **Lei nº 11.705**, de 19 de Junho de 2008. Institui a inibição do consumo de bebida alcoólica por condutor de veículo automotor, e dá outras providências. Brasília, DF, 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.069**, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm. Acesso em: 23 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde.** Brasília, DF, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartão do Adolescente** (documento preliminar). Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. ASAJ/MS, Brasília, DF, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Datasus:** departamento de informática do SUS. Brasília, DF, 2015b. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude/publicacoes/referencias-em-saude>. Acesso em: 16 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack:** quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/Fiocruz, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas.** Brasília, DF, 2003a. [Série B: Textos Básicos de Saúde]

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.197**, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011**. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 336**, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPS i II e CAPS ad II. Brasília, DF, 2002c. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.190**, de 4 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília, DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 816**, de 30 de abril de 2002. Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Brasília, DF, 2002d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF: OPAS, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. SAS/DAPES. Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. **Saúde Mental em Dados - 12**, ano 10, n. 12, outubro de 2015. Brasília, DF, 2015c. [Informativo eletrônico de dados sobre a Política Nacional de Saúde Mental]. 48p. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf. Acesso em: 14 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília, DF, 2004c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_caps.pdf. Acesso em: 03 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/ Aids. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003b.

BRASILIANO, S.; HOCHGRAF, P. B. Drogadição feminina: a experiência de um percurso. In: SILVEIRA, D. X.; MOREIRA, F. (Ed.). **Drogas, dependência e sociedade**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 289-295.

BRILHANTE, A. V. M.; CATRIB, A. M. F. Sexualidade na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 10 p. 505-509, 2011.

CAIRES, T. L. G. **O consumo de bebida alcoólica durante a gestação na perspectiva de Afaf Meleis: contribuição para a enfermagem.** 2017. 145f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

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, p. 161-169, 2014.

CAMPOS, A. L. S. **O papel das políticas públicas e a atuação da rede de atenção voltada para a população infantojuvenil na prevenção e no combate às práticas infracionais no Distrito Federal.** 2014. 82f. Monografia (Bacharel em Direito) - Faculdade de Ciências Jurídicas e Sociais, Universitário de Brasília, Brasília, 2014.

CANAVAL, E. G. E. *et al.* Teoria das transições e saúde da mulher na gravidez e no pós-parto. **Aquichan**, Bogotá, v. 7, n. 1, p. 8-24, abr. 2007. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972007000100002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 nov. 2019.

CARDOSO, P. C. **A construção de identidade de adolescentes autores de atos infracionais durante suas trajetórias escolares.** 2017. 182f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Rio Claro, 2017.

CARLINI, E. A. *et al.* **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país-2001.** Disponível em: http://abramd.org/wp-content/uploads/2014/06/I_Levantamento_Domiciliar_sobre_o_Uso_de_Drogas_Psicotrópicas_no_Brasil.pdf. Acesso em: 26 ago. 2019.

CASATTI, G. F. S. Projeto de intervenção social com gestante e/ou puérperas, usuárias de drogas ilícitas e/ou lícitas. **Ensaio Ciênc.**, [s.l.], v. 15, n. 1, p. 97-120, 2011.

COOK, L. J. Educating women about the hidden dangers of alcohol. **J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.**, [s.l.], v. 42, n. 6, p. 24-31, 2004.

COSTA, A. L. *et al.* Fatores de risco materno associados à necessidade de unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 1, p. 29-34, 2014.

COSTA, G. M. *et al.* Pregnant crack addicts in a psychiatric unit: gestantes dependentes de crack em uma unidade de internação psiquiátrica. **J. bras. psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 1, p. 8-12, 2012.

CRUZEIRO, A. L. S. *et al.* Comportamento sexual de risco: fatores associados ao número de parceiros sexuais e ao uso de preservativo em adolescentes. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 1149-1158, 2010.

DAYRELL, J.; NOGUEIRA, P. H. Q.; MIRANDA, S. A. Os Jovens de 15 a 17 anos: Características e Especificidades Educativas. In: CORTI, A. T. *et al.* (Org.). **Caderno de Reflexões: jovens de 15 a 17 anos no ensino fundamental.** Brasília, DF: Via Comunicação. 2011. p. 13-63.

DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

DINIZ, L. **Desafios da Adolescência**. 2014. Disponível em: <http://www.gazetadopovo.com.br/educacao-e-midia/desafios-da-adolescencia/>. Acesso em: 07 abr. 2018.

FERREIRA, B. R. M.; MIRANDA, J. K. S. As complicações causadas pelo consumo de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação: um desafio para a equipe de enfermagem. **Recien**, [s.l.], v. 6, n. 18, p. 36-43, 2016. Disponível em: DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2016.6.18.36-43. Acesso em: 24 ago. 2019.

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, A. C. Uma breve revisão da reforma psiquiátrica no Brasil e sua relação com a psicanálise e a psicologia. **Rev. psicol. polít.**, São Paulo, v.19, n. 44, p. 78-87, 2019.

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.

FRELLO, A. T.; CARRARO, T. E. Enfermagem e a relação com as mães de neonatos em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 514-521, maio/jun. 2012.

GABATZ, R. I. B. *et al.* Percepção dos usuários de crack em relação ao uso e tratamento. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 140-146, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n1/18.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2018.

GALHARDI, C. C.; MATSUKURA, T. S. O cotidiano de adolescentes em um Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e outras Drogas: realidades e desafios. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, p. e00150816, 2018. Disponível em: DOI: 10.1590/0102-311X00150816. Acesso em: 29 set. 2019.

GALLO, J. H. S. Gravidez na adolescência: a idade materna, consequências e repercussões. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 19, n. 1, p. 179-195, 2011.

GELDER, V. *et al.* Maternal periconceptional illicit drug use and the risk of congenital malformations. **Epidemiology**, Baltimore, v. 20, n. 1, p. 60–66, 2009. Disponível em: www.jstor.org/stable/25662671. Acesso em: 10 jul. 2019.

GRINFELD, H.; SEGRE, C. A. Recém-nascido de mãe alcoolista. In: SEGRE, C. A.; COSTA, H. P.; LIPPI, U. (Ed.). **Perinatologia: fundamentos e prática**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 2009. p. 556-560.

HAIK, R. C. *et al.* Uso de drogas injetáveis entre mulheres na região metropolitana de Santos, São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 917-937, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2010**. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/>. Acesso em: 30 maio 2019.

KANTORSKI, L. P. *et al.* O cuidado em saúde mental: um olhar a partir de documentos e da observação participante. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 366-371, 2006.

KASSADA, D. S. *et al.* Prevalence of drug abuse among pregnant women. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

KUMAR, D. *et al.* Sexual Behavior of Adolescent Students in Chandigarh and Their Perceptions Regarding Family Life Education. **J. Family Med. Prim. Care**, Uttar Pradesh, Índia, v. 6, n. 2, p. 108-110, 2017.

LACCHINI, A. J. B. *et al.* O que vem sendo produzido sobre o alcoolismo feminino? **Contexto Saúde**, Unijuí, v. 10, n. 20, 2011.

LAMBERT, B. L.; BAUER, C. R. Developmental and behavioral consequences of prenatal cocaine exposure: a review. **J. Perinatol.**, Philadelphia, v. 32, n. 11, p. 819-828, 2012.

LARA, K. L.; KIND, L. Processos de subjetivação vivenciados por mães em uma unidade de neonatologia. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, 575-585, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1413-7372201900010022300015&lng=en. Acesso em: 29 set. 2019.

LARENTIS, C. P.; MAGGI, A. Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas e a Psicologia. **Aletheia**, Canoas, n. 37, p. 121-132, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942012000100009&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

LEAL, B. M.; ANTONI, C. Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): estruturação, interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Aletheia**, Canoas, n. 40, p. 87-101, abr. 2013. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942013000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 set. 2019.

LEFF, S. Gaining a better understanding of peer group contributions to dating aggression: implications for prevention and intervention programming: comment on Kinsfogel and Grych (2004). **J. Fam. Psychol.**, [s.l.], v. 18, n. 3, p. 516-518, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S1414-9893201600040078700019&lng=en. Acesso em: 20 set. 2019.

LEWIS, S. J. *et al.* Fetal alcohol exposure and IQ at age 8: evidence from a population-based birth-cohort study. **PLoS One**, San Francisco, v. 7, n. 11, p. e49407, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0049407>. Acesso em: 10 abr. 2019.

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, G. K. S. *et al.* Autocuidado de adolescentes no período puerperal: aplicação da teoria de Orem. **Rev. enferm. UFPE on line.**, Recife, v. 11, supl. 10, p. 4217-4225, out. 2017.

- LIMA, L. G.; SMEHA, L. N. A experiência da maternidade diante da internação do bebê em UTI: uma montanha russa de sentimentos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 24, p. e38179, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722019000100223. Acesso em: 10 set. 2019.
- LOPES, T. D.; ARRUDA, P. P. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Saúde e Pesqui.**, Maringá, v. 3, n. 1, p. 79-83, 2010.
- MAIA, J. A. *et al.* Uso de drogas por mulheres durante o período gestacional. **Rev. Enferm. Contemp.**, [s.l.], v. 8, n. 1, p. 25-32, 2019. Disponível em: doi: 10.17267/2317-3378rec.v8i1.1744. Acesso em: 24 ago. 2019.
- MAIA, J. A.; PEREIRA, L. A.; MENEZES, F. A. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. **Rev. Enferm. Contemp.**, [s.l.], v. 4, n. 2, p. 121-128, jul./dez. 2015.
- MANN, R. E. *et al.* Mortality in a sample of convicted drinking drivers. **Addiction**, Toronto, v. 88, p. 643-647, 1993.
- MARANGONI, S. R. **Contextos de exclusão social e de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal**. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2011.
- MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. F. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-670, jul./set. 2013.
- MARQUES, 2000 MARQUES, Ana Cecília Petta Roselli; CRUZ, Marcelo S. O adolescente e o uso de drogas. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 22, supl. 2, p. 32-36.
- MARTINS, M. G. *et al.* Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginec. Obst.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.
- MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. Center for Women's Health. **Reproductive Psychiatry Resource and Information Center**. 2012. Disponível em: <http://www.womensmentalhealth.org>. Acesso em: 05 out. 2018.
- MCCARTHY, D. M. *et al.* Cocaine alters BDNF expression and neuronal migration in the embryonic mouse forebrain. **J. Neurosci.**, Baltimore, v. 31, n. 38, p. 13400-13411, 2011.
- MEDEIROS R. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 105-117, 2014
- MELEIS A. I. **Nursing theorists and their work**. 7. ed. London: Elsevier Mosby, 2009. p. 416-433.
- MELEIS, A. I. **Theoretical nursing: development e progress**. 4. ed. Philadelphia: Lippincott, 2007. 832 p.

MELEIS, A. I. **Theoretical nursing**; development & progress. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2012.

MELEIS, A. I. **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.

MELEIS, A. I. *et al.* Theoretical nursing: development & progress. 5. ed. Philadelphia: Lippincott Transitions theory. In: MELEIS, A. I. **Transitions theory**: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. New York: Spring Publishing Company, 2010. p. 52-64.

MESQUITA, M. D. A. Efeitos do álcool no recém-nascido. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 3, p. 368-375, 2010.

MESQUITA, M. D. A.; SEGRE, C. A. D. M. Congenital malformations in newborns of alcoholic mothers. **Einstein**, São Paulo, v. 8, n. 4, p. 461-466, 2010.

MINAYO, M. C. S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Rev. Pesqui. Qualitat.**, São Paulo, v. 5, n. 7, p. 1-12, abr. 2017.

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

MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 34. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

NERY, I. S. *et al.* Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. bras. Enferm.**, Teresina, v. 64, n. 1, p. 31-37, 2011.

NEVES, A. G. S. **As políticas públicas de álcool e outras drogas no Brasil**: uma análise da construção política de 1990 a 2015. 2018. 121f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

NICHIATA, L. Y. I. *et al.* A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, set./out. 2008.

NICOLAU, S. M.; SCHRAIBER, L. B.; AYRES, J. R. C. M. Mulheres com deficiência e sua dupla vulnerabilidade: contribuições para a construção da integralidade em saúde. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 863-872, 2013.

O DIA. **Maternidade Mariana Bulhões ganha novas alas femininas reformadas**. Ala antiga na unidade não recebia melhorias na infraestrutura desde 2012 [atualizado em 16 out. 2019]. Disponível em: <https://istoe.com.br/maternidade-mariana-bulhoes-entrega-novas-enfermarias-reformadas/>. Acesso em: 20 out. 2019.

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, E. B.; MENDONÇA, J. L. S. Dificuldades enfrentadas pela família no acolhimento do paciente com transtorno mental após a alta hospitalar. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 198-203, abr./jun.2011.

OLIVEIRA, M. M. *et al.* Consequências relacionadas ao consumo de crack entre mulheres e motivações para o abandono da droga. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 3, p. 119-125, dez. 2014.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumento metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1053-1062, 2006.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Programa para o Controle Internacional de Drogas. Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime da ONU- UNODC.** Brasília, DF, 2005. Disponível em: <http://www.unodc.org.br>. Acesso em: 18 ago. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Nossas prioridades: adolescentes.** Brasília, DF, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. **Technical Report Series 731.** Geneva, 1986.

ORNOY, A.; ERGAZ, Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, Basel, v. 7, n. 2, p. 364-379, Feb. 2010.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. **Interface**, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-250, 2015. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622014.0436>. Acesso em: 23 jul. 2019.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** 10. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PARENTI, P. W. *et al.* Experiências de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento pré-natal de adolescentes. **REFACS**, Uberaba, v. 6, n. 1, p. 72-82, 2018.

PASSEGGI, M. C.; SOUZA, E. C. O movimento (auto)biográfico no Brasil: esboço de suas configurações no campo educacional. **Investig. Cualit.**, Urbana, v. 2, n. 1, p. 6-26, 2017. Disponível em: <https://ojs.revistainvestigacioncualitativa.com>. Acesso em: 11 set. 2018.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de "guerra às drogas". **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 23, n.1, jan./abr. 2011.

PAULILO, M. A. S.; JEOLÁS L. S. Jovens, drogas, risco e vulnerabilidade: aproximações teóricas. **Serv. Soc. Rev.**, Londrina, v. 3, n. 1, p. 39-60, jul./dez. 2000.

PEGOLO DA GAMA, C. A.; ONOCKO CAMPOS, R. T.; FERRER, A. L. Saúde mental e vulnerabilidade social: a direção do tratamento. **Rev. Latinoam. Psicopatol. Fundam.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 69-84, mar. 2014.

PEIXOTO, C. *et al.* Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J. Bras. Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 317-321, 2010.

PESSOTO, M. A.; MARBA, S. T. M. Apêndices (Método do New Ballard). In: MARBA, S. T. M.; MEZZACAPPA FILHO, F. (Ed.). **Manual de Neonatologia**. Unicamp. Rio de Janeiro: Revinter, 1998. p. 372-373.

PINHO, P. H. *et al.* Reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: a concepção de profissionais de saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1261-1266, 2009.

PINSKY, I.; BESSA, M. A. **Adolescência e drogas**. São Paulo: Contexto, 2004.

PORTELA, G. L. C. *et al.* Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. **Rev. Eletr. Saúde Mental Álcool Drogas**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 58-63, 2013.

RADKE, M. B.; CECCIM, R.B. Educação em saúde mental: ação da reforma psiquiátrica no Brasil. **Saúde Redes**, Porto Alegre, v. 4, n. 2, p. 19-36, 2018.

RAUPP, L.; SAPIRO, C. M. Reflexões sobre concepções e práticas contemporâneas das políticas públicas para adolescentes: o caso da drogadição. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 14, p. 60-68, 2005.

RIBEIRO, I. B. **Amamentação exclusiva no vivido da adolescente**: mundo da vida, relações sociais e intencionalidade. 2013. 186f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013.

RIBEIRO, W. A. *et al.* Adolescência, tabaco, álcool e drogas: uma revisão no olhar preventivo da educação em saúde na ESFe. **Revista Pró-UniverSUS.**, Vassouras, v. 9, n. 1, p. 2-6, jan./jun. 2018.

ROCHA, R. S. *et al.* Consumo de medicamentos, álcool e fumo na gestação e avaliação dos riscos teratogênicos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 37-45, 2013.

ROTH-CLINE, M.; NELSON, R. M. Parental permission and child assent in research on children. **Yale J. Biol. Med.**, New Haven, v. 86, n. 3, p. 291-301, 2013.

SANCEVERINO, S. L.; ABREU, J. L. C. Aspectos epidemiológicos do uso de drogas entre estudantes do ensino médio no município de Palhoça, 2003. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1047-1056, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a25v9n4.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

SANTANA, E. F. M.; MADEIRA, L. M. A mãe acompanhante na unidade de terapia intensiva neonatal: desafios para a equipe assistencial. **Rev. enferm. Cent.-Oeste Min.**, Divinópolis, v. 3, n. 1, p. 475-487, jan./abr. 2013.

SANTOS, A. M. S.; SILVA, M. R. S. S. A experiência de cuidar da mulher alcoolista na família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 364-371, 2012.

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.

SANTOS, J. B. C. Vivências de mulheres com Síndrome de Turner na perspectiva de vulnerabilidade, gênero e estigma: contribuição da Enfermagem. 2018. 174f. Dissertação (mestrado) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.

SANTOS, J. L. G. et al. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, 2012.

SANTOS, J. N. *et al.* A orientação de enfermagem a gestantes que fazem uso de álcool e tabaco. **Recien**, São Paulo, v. 4, n. 10, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.24276/rrecien2358-3088.2014.4.10.5-11>. Acesso em: 25 ago. 2019.

SANTOS, R. S.; ESTEFANIO, M. P.; FIGUEIREDO, R. M. Prevenção da síndrome alcoólica fetal: subsídios para a prática de enfermeiras obstétricas. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 25, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.27793>. Acesso em: 20 jun. 2019.

SANTOS, R. S.; REIS, A. T.; MARINHO, M. F. J. Maternagem: (des)encontros entre a mulher e seu bebê. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; MACHADO, W. C. A. **Tratado de cuidados de enfermagem**. São Paulo: Roca, 2012. v. 2, p. 1848-1862.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS, A. I. **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.

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.

SILVA, A. C. A. *et al.* Fatores de risco que contribuem para a ocorrência de gravidez na adolescência: revisão integrativa da literatura. **Rev. Cuid.**, Bucaramanga, v. 4, n. 1, p. 531-539, 2013.

SILVA, F. M. **Crack na gestação**: consequências no crescimento e desenvolvimento para o feto e o recém-nascido. Porto Alegre: UFRGS, 2014.

SILVA, M. A. I. *et al.* Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Cienc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.

SILVA, M. B.; KRUNO, R. B. Consequências do uso do crack para a gestante e seu recém-nascido: uma revisão integrativa de literatura. **Rev. Cippus-Unilasalle**, Canoas, v. 3, n. 1, p. 1-11, 2014.

SILVA, S. K. *et al.* Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2485-2493, 2011.

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

SIQUEIRA, L. Q. *et al.* Possíveis prejuízos decorrentes do uso de tabaco e álcool durante a gestação. **Salusvita**, Bauru, v. 36, n. 2, p. 587-599, 2017.

SOUZA, M. C.; GOMES, K. R.O. Conhecimento objetivo e percebido sobre contraceptivos hormonais orais entre adolescentes com antecedentes gestacionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 645-654, 2009.

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.

SOUZA, T. P. **A norma da abstinência e o dispositivo “drogas”**: direitos universais em territórios marginais de produção de saúde (perspectivas da redução de danos). 2013. 355f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2013.

SPRICIGO, J. S. *et al.* Atenção ao usuário de drogas: um espaço para o enfermeiro. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 296-302, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n4/v11n4a05.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

TAMEZ, R. **Enfermagem na UTI Neonatal**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

TAÑO, B. L.; MATSUKURA, T. S. Os centros de atenção psicossocial infanto-juvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev. Ter. Ocup.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 208-216, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p208-216>. Acesso em: 03 out. 2019.

TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000 a 2016. **Ciênc. Saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 1455-1466, 2017.

TERPLAN, M.; WRIGHT, T. The Effects of Cocaine and Amphetamine Use During Pregnancy on the Newborn: Myth Versus Reality. **J. Addict. Dis.**, Binghamton, v. 30, n. 1, p. 1-5, 2010.

THOMPSON, B. L.; LEVITT, P.; STANWOOD, G. D. Prenatal exposure to drugs: effects on brain development and implications for policy and education. **Nat. Rev. Neurosci**, London, v. 10, n. 4, p. 303-312, 2009

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. **Relatório Brasileiro sobre Drogas**. 2012. Disponível em: <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2012/06/26-press-release-WDR-2012.html>. Acesso em: 10 ago. 2018.

VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 48, p. 149-155, 2014.

VASTERS, G. P.; PILLON, S. C. O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. **Rev. Latinoam. Enferm.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, p. 1-8, 2011.

VIEIRA, P. C. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 11, p. 2487-2498, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n11/04.pdf>. Acesso em: 11 jun. 2018.

VUCINOVIC, M. *et al.* Maternal and neonatal effects of substance abuse during pregnancy: our ten-year experience. **Yonsei med. J.**, Seoul, v. 49, n. 5, p. 705-713, 2008.

WINNICOTT, D. W. **O bebe e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo: Martins Fontes, 1988.

WINNICOTT, D. W. **Tudo começa em casa**. Tradução de Paulo Sandler. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

YABUUTI, P. L. K.; BERNARDY, C. C. F. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um centro de atenção psicossocial. **Rev. Baiana Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 2, p. 344-356, 2014.

YAMAGUCHI, E. T. *et al.* Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiquiátrica Clín.**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 44-47, 2008.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001. p. 75-84.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Dirigido ao responsável da menor) A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO Pesquisadora: Viviane de Melo Souza Orientadora da Pesquisa: Rosangela da Silva Santos

Resolução nº 466/ de 12/12/2012 e Resolução nº 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

Sua filha foi convidada a participar deste estudo por ser capaz de comunicar-se verbalmente e interagir com a pesquisadora Viviane de Melo Souza. O estudo tem como objetivos: Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho. Tendo assim, como objetivos específicos: Descrever a vulnerabilidade da adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado; Identificar o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à hospitalização do seu filho; Discutir os fatores que influenciam na transição de mães adolescentes com filho internado. Ela responderá à pergunta de pesquisa: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a internação de seu filho”.

A participação no estudo: A participante será informada dos objetivos da pesquisa no primeiro contato. A pesquisadora estabelecerá um acordo com sua filha. A entrevista será gravada pela pesquisadora para transcrever todas as informações recebidas, a fim de não perder dados importantes coletados, bem como a mesma estará com um bloco de anotações para registrar o que julgar relevante durante a entrevista. Esta gravação ficará guardada sob responsabilidade da pesquisadora por 5 anos, e tem como preceito ético a confidencialidade da gravação bem como o não compartilhamento das informações fornecidas na entrevista. As respostas da adolescente entrevistada serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. A entrevista aberta poderá ter a duração de 30 minutos a 2 h.

Sigilo e privacidade: Será assegurado o sigilo em relação ao nome da adolescente, uma vez que seu nome será substituído por nome fictício escolhido pela própria e em relação as informações que possam identificar a adolescente. A entrevista será realizada em local tranquilo e com a presença, somente, da pesquisadora, garantindo-se a privacidade da mesma. Os dados obtidos por meio desta pesquisa serão confidenciais. As respostas serão tratadas de forma confidencial, não será divulgado em nenhum momento o nome da adolescente em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas. Desta forma, a pesquisadora responsável se compromete a tornar públicos nos meios acadêmicos e científicos os resultados obtidos de forma consolidada sem qualquer identificação de indivíduos ou instituições participantes.

Autonomia: A participação da mesma é voluntária, isto é, a qualquer momento a adolescente poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. E sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição que presta assistência de saúde à adolescente e a seu filho. A participação da adolescente nesta pesquisa consistirá em responder uma pergunta a ser realizada sob a forma de entrevista aberta. Esta entrevista será gravada e, posteriormente, as respostas serão transcritas e analisadas.

Riscos: Embora a entrevista ofereça riscos mínimos como possível perturbação emocional diante da entrevista devido ao conteúdo relatado a adolescente poderá ficar envergonhada ou sem jeito para falar sobre alguma coisa. Caso isto aconteça, ela poderá pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista. Mesmo com o consentimento de seus pais ou responsáveis, se a adolescente se recusar a participar do estudo ou de uma parte dele, sua vontade será respeitada. Nesse caso, a entrevista será interrompida. E, se for necessária assistência psicológica a mesma será encaminhada para o serviço de psicologia disponível na instituição de saúde.

Benefícios: O conteúdo das informações obtidas será utilizado para fins específicos deste estudo, em eventos e publicações científicas, a pesquisadora manterá a preservação dos dados da pesquisa durante cinco anos, e após este prazo os áudios serão apagados e as entrevistas incineradas. Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras. O benefício relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área materno-infantil e enfermagem. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o celular / e-mail da pesquisadora responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Desde já agradecemos!

Caso concorde com a participação nesta pesquisa, rubriche ao final deste termo que possui duas vias, sendo uma delas sua, e a outra, do pesquisador responsável/coordenador da pesquisa. Seguem os telefones e o endereço institucional da pesquisadora responsável e do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, onde você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação nele, agora ou a qualquer momento.

Rubrica do responsável participante: _____

Rubrica da pesquisadora: _____

Contato da Pesquisadora Responsável:

Viviane Melo. Enfermeira. Mestranda de Enfermagem na UERJ. Cel: (21) 99814-6870 / E-mail:

enfivianemelo@gmail.com

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 157 Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-8236

Professora Orientadora: Rosangela da Silva Santos Tel: (21) 99988-

9990 E-mail: rosangelaufRJ@gmail.com

Endereço Institucional: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°: 157 Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-8236

Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com a pesquisadora responsável, comunique o fato à Comissão de Ética em pesquisa das instituições:

Comitê de ética da UERJ:

Endereço: COEP/UERJ - Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and Sl 3018, bloco E, 3º andar. Bairro: Maracanã CEP: 20.559-90 UF: RJ Município: Rio de Janeiro
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga nº 16, 4º andar. Telefone: 2215-1485 (21) 3971-1590 / (21) 2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética da Prefeitura de Nova Iguaçu/RJ

Endereço: Av. Henrique Duque Estrada Mayer, 953 - Alto da Posse - Nova Iguaçu/RJ – CEP: 26.030-038

Telefone: (21) 37799900 / (21) 26671171

E-mail: cep@hgni.saude.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 punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

Assinatura do Responsável da adolescente: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido da Adolescente



TERMO DE ASSENTIMENTO DA ADOLESCENTE

Título da pesquisa: A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO FILHO

Instituição: UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (UERJ)

Pesquisadora: Viviane de Melo Souza

Orientadora da Pesquisa: Rosangela da Silva Santos

Resolução nº 466/ de 12/12/2012 e Resolução nº 510/2016 – Conselho Nacional de Saúde

Participação no estudo: Prezada, você está sendo convidada a participar, como voluntária, de um estudo que tem como objetivos: Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho. Tendo assim, como objetivos específicos: Descrever a vulnerabilidade da adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado; Identificar o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à hospitalização do seu filho; Discutir os fatores que influenciam na transição de mães adolescentes com filho internado. Este estudo está relacionado ao Mestrado Acadêmico da Faculdade de Enfermagem da UERJ e será desenvolvido sob a supervisão da professora Dr^a Rosangela da Silva Santos. A direção da maternidade está ciente e permitiu a realização da pesquisa.

Benefícios: A realização do estudo é importante porque fornecerá subsídios relevantes para o trabalho do enfermeiro com as adolescentes. As informações coletadas serão utilizadas para a realização da pesquisa, apresentação em eventos e publicações em revistas científicas.

Riscos: Esta entrevista será gravada e, posteriormente, as respostas serão analisadas. A entrevista oferece risco mínimo. Você poderá ficar envergonhada ou sem jeito para falar sobre alguma coisa, ou ficar emocionada. Caso isto aconteça, você pode pedir para não responder ou, caso já esteja respondendo, para não se aprofundar na resposta que estava dando, ou ainda, pedir para parar a entrevista.

Autonomia: Caso você, mesmo com o consentimento de seus pais ou responsáveis, se recuse a participar do estudo ou de uma parte dele, sua vontade será respeitada.

Sigilo e Privacidade: Seu nome não será identificado em nenhum momento. Você escolherá um nome fictício e será garantido o sigilo. A entrevista será realizada em local tranquilo e, somente, com a presença da pesquisadora. A entrevista será gravada para transcrever todas as informações recebidas, a fim de não perder dados importantes coletados, bem como a pesquisadora registrará em um caderno dados relevantes narrados na entrevista. Esta gravação ficará guardada sob responsabilidade da pesquisadora por 5 anos, e será garantida a confidencialidade da gravação bem como o não compartilhamento da mesma. O material coletado (áudio da entrevista) ficará disponível para sua consulta e de seus pais ou responsáveis em qualquer momento. A participação na pesquisa não acarretará nenhum custo financeiro a você ou aos seus pais ou responsáveis. Também não haverá nenhum tipo de compensação financeira relacionada à sua participação. Caso haja qualquer despesa adicional ela será de responsabilidade da pesquisadora. Este termo será redigido em duas vias, ficando uma cópia com você e outra com a pesquisadora. Além disto, a pesquisadora ficará à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas.

Diante do que foi exposto, convido você a participar da pesquisa “a transição de mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack e cocaína em relação a hospitalização do seu filho” rubricando este termo.

Rubrica da adolescente: _____

Contato da Pesquisadora:

Endereço: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°:
157 Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-8236

Viviane Melo. Enfermeira. Mestranda de Enfermagem na UERJ.
Cel: (21) 99814-6870 / E-mail: enfivianemelo@gmail.com

Professora Orientadora: Rosangela da Silva Santos Tel: (21) 99988-9990
Endereço: Facul. de Enf. da UERJ – Rua Boulevard 28 de Setembro N°:
157 Vila Isabel/ RJ CEP: 20551-030 Telefone: (21) 2868-
8236
E-mail: rosangelaufjr@gmail.com

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

Caso você tenha dificuldade de entrar em contato com a pesquisadora responsável,
comunique o fato à Comissão de Ética em pesquisa das instituições:

Comitê de ética da UERJ:

Endereço: COEP/UERJ - Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3º and SI 3018.
Bairro: Maracanã CEP: 20.559-90 UF: RJ Município: Rio de Janeiro
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: etica@uerj.br

Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga nº 16, 4º andar. Telefone: 2215-1485 (21) 3971-
1590 / (21) 2293-4826 E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Comitê de Ética da Prefeitura de Nova Iguaçu/RJ

Endereço: Av. Henrique Duque Estrada Mayer, 953 - Alto da Posse - Nova Iguaçu/RJ –
CEP: 26.030-038
Telefone: (21) 37799900 / (21) 26671171 E-mail: cep@hgni.saude.gov.br

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

Participante da Pesquisa: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C - Modelo de Roteiro da Entrevista

Identificação:

Estado civil:

Município onde reside atualmente:

Com quem reside atualmente:

Grau de escolaridade:

Renda familiar:

Idade atual:

Idade que começou o uso de drogas:

Número de gestações, abortos e filhos: G____A____F____

Tipo de parto:

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

Características da idade gestacional do RN: () pré-termo () a-termo () pós-termo

Característica do peso do RN: () PIG () AIG () GIG

Tempo de internação do RN:

QUESTÃO NORTEADORA DA ENTREVISTA:

“Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com a internação de seu filho”.

Filtros:

- 1- Pode ser falado desde o início do uso da droga sem ser ainda o consumo abusivo;
- 2- O consumo das drogas durante a gestação;
- 3- Alterações da sua vida a partir desse consumo;
- 4- Pode falar da internação do seu filho;
- 5- A partir de quando começou a ser o consumo do álcool e outras drogas como problemático

APÊNDICE D - Termo de Autorização de Campo de Pesquisa – HMFM-RJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Hospital Municipal Fernando Magalhães (HMFM-RJ)

Ilmo Sr. Diretor/Coordenador

Vimos através deste documento solicitar a V.Sa. autorização para realizar a pesquisa intitulada: **A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO À HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO**. Os objetivos deste estudo são: O estudo tem como objetivos: Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho. Tendo assim, como objetivos específicos: Descrever a vulnerabilidade da adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado; Identificar o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à hospitalização do seu filho; Discutir os fatores que influenciam na transição de mães adolescentes com filho internado. A produção de coleta dos dados se dará nos meses de Junho a Setembro de 2019. Para tal, serão realizadas entrevistas com adolescentes internadas nesta maternidade, em horário programado com o responsável do Serviço. Os resultados obtidos e por mim analisados visam contribuir com as atividades desenvolvidas nesta instituição, e por isso, me comprometo em retornar os mesmos à V. Sa. e divulgar em eventos científicos, buscando a melhoria da assistência à clientela. Ressalto que serão respeitados os princípios éticos e legais da legislação para pesquisas envolvendo seres humanos – CNS 466/2012 e 510/2016. Portanto. Garantimos o anonimato das depoentes assegurando-lhes a inexistência de riscos ou prejuízos. O projeto da pesquisa (anexo) passará pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Certa em contar com sua colaboração desde já agradeço e me coloco a disposição para maiores esclarecimentos. Responsáveis pelo projeto: Viviane de Melo Souza, tel: (21) 99814-6870, e-mail enfivianemelo@gmail.com e Rosângela da Silva Santos, tel: (21) 99988 9990, rosangelaufrj@gmail.com (orientadora).

Viviane de Melo Souza

Orientadora Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos.

Para preenchimento da instituição solicitada:

Deferido Indeferido

Observações: _____

Data: ____/____/____

Direção

APÊNDICE E - Termo de Autorização de Campo de Pesquisa – MMB-NI



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO CENTRO
BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM
Maternidade Mariana Bulhões (MMB-NI)

Ilmo Sr. Diretor/Coordenador _____.

Vimos através deste documento solicitar a V.Sa. autorização para realizar a pesquisa intitulada: **A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO**. O estudo tem como objetivos: Analisar a vulnerabilidade de mães adolescentes em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação a internação do seu filho. Tendo assim, como objetivos específicos: Descrever a vulnerabilidade da adolescente em consumo problemático de álcool e outras drogas em relação ao filho internado; Identificar o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à hospitalização do seu filho; Discutir os fatores que influenciam na transição de mães adolescentes com filho internado. A produção de coleta dos dados se dará nos meses de Junho a Setembro de 2019. Para tal, serão realizadas entrevistas com adolescentes internadas nesta maternidade, em horário programado com o responsável do Serviço. Os resultados obtidos e por mim analisados visam contribuir com as atividades desenvolvidas nesta instituição, e por isso, me comprometo em retornar os mesmos à V. Sa. e divulgar em eventos científicos, buscando a melhoria da assistência à clientela. Ressalto que serão respeitados os princípios éticos e legais da legislação para pesquisas envolvendo seres humanos – CNS 466/2012 e 510/2016. Portanto, garantimos o anonimato das depoentes assegurando-lhes a inexistência de riscos ou prejuízos. O projeto da pesquisa (anexo) passará pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu - RJ. Certa em contar com sua colaboração desde já agradeço e me coloco a disposição para maiores esclarecimentos. Responsáveis pelo projeto: Viviane de Melo Souza, tel: (21) 99814-6870, e-mail enfvivanemelo@gmail.com e Rosângela da Silva Santos, tel: (21) 99988-9990, rosangelaufjr@gmail.com (orientadora).

Viviane de Melo Souza

Orientadora Prof^a Dr^a Rosângela da Silva Santos.

Para preenchimento da instituição solicitada:

() Deferido () Indeferido

Observações: _____

Data: _____/_____/_____

Direção

APÊNDICE F - Termo de Autorização de Gravação



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM

Identificação da pesquisa: **A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO**

Responsáveis pelo projeto: Viviane de Melo Souza, tel: (21) 99814-6870, e-mail enfvivanemelo@gmail.com e Rosângela da Silva Santos (21) 99988 9990 rosangelaufrij@gmail.com (orientadora). Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro – CEP/SMS - RJ. Rua Evaristo da Veiga nº 16, 4º andar. Telefone: 2215-1485. E-mail cepsms@rio.rj.gov.br. Eu

_____, autorizo a pesquisadora Viviane de Melo Souza a gravar em dispositivo eletrônico de áudio (gravador digital) a narrativa por mim fornecida acerca da temática **“A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO”** durante uma entrevista de pesquisa. Declaro estar ciente que minha identidade não será revelada, que as gravações das entrevistas serão eliminadas depois de transcritas pela pesquisadora, sendo que as transcrições das narrativas ficarão de posse da mesma por cinco anos e depois destruídas. Além disso, também estou ciente de que tais informações serão utilizadas nesta pesquisa, em eventos e publicações científicas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

_____ Participante

_____ Pesquisadora Viviane de Melo Souza

APÊNDICE G – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – HMFM-RJ



**TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO
DE DADOS**
Hospital Municipal Fernando Magalhães (HMFM-RJ)



Eu, Viviane de Melo Souza, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do curso de Mestrado, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado: **A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO À HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos formulários estruturados e no áudio das entrevistas com as adolescentes que estão ou estiveram com filhos internados no **Hospital Municipal Fernando Magalhães (HMFM-RJ)**, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos formulários e entrevistas bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados serão coletados a partir de junho de 2019 a agosto de 2019.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados na íntegra, ou parte deles, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa, apresentação em eventos e publicação em revistas científicas.

Rio de Janeiro, ___ de _____ de 2019.

Nome: Viviane de Melo Souza

Assinatura:

Viviane de Melo Souza

APÊNDICE H – Termo de Compromisso de Utilização de Dados – MMB-NI



**TERMO DE COMPROMISSO DE
UTILIZAÇÃO DE DADOS
Maternidade Mariana Bulhões (MMB-NI)**



Eu, Viviane de Melo Souza, da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, do curso de Mestrado, no âmbito do projeto de pesquisa intitulado: **A VULNERABILIDADE DE MÃE ADOLESCENTE EM CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS EM RELAÇÃO A HOSPITALIZAÇÃO DO SEU FILHO**, comprometo-me com a utilização dos dados contidos nos formulários estruturados e no áudio das entrevistas com as adolescentes que estão ou estiveram com filhos internados na **Maternidade Mariana Bulhões (HMB-NI)**, a fim de obtenção dos objetivos previstos no projeto, somente após receber a aprovação do sistema CEP-CONEP.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos formulários e entrevistas bem como com a privacidade de seus conteúdos. Esclareço que os dados serão coletados a partir de junho de 2019 a agosto de 2019.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas. Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados na íntegra, ou parte deles, a pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa, apresentação em eventos e publicação em revistas científicas.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de
2019. Nome: Viviane de Melo Souza

Assinatura:

Viviane de Melo Souza

ANEXO A – Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRANSIÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES USUÁRIAS DE ALCOOL, CRACK E COCAINA COM FILHO INTERNADO

Pesquisador: VIVIANE DE MELO SOUZA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 03768818.7.0000.5282

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem da UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.214.021

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de pesquisa de Mestrado do Programa de Pós-graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ com coparticipação – com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Rio de Janeiro e com a Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu. O objeto de estudo é o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína em relação à hospitalização do seu filho. Apresenta questões de pesquisa definidas. A metodologia está definida em todos os seus elementos, considerando os critérios éticos de acordo com as Resoluções 466/2012 e 510/2016.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta Objetivos geral e específicos interrelacionados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresenta riscos e benefícios atendendo de acordo com as resoluções.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa encontra-se relativamente bem estruturado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os termos de acordo com o solicitado no parecer anterior.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2100 Fax: (21)2334-2100 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Contribuição do Parecer: 3.214.021

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para março de 2020. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1219343.pdf	19/02/2019 14:06:58		Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/02/2019 14:01:44	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.pdf	19/02/2019 13:55:41	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
Outros	coparticipante.pdf	19/02/2019 13:55:15	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
Declaração de Instituição e Infrassinatura	anuenciamb.pdf	19/02/2019 13:55:56	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
Declaração de Instituição e Infrassinatura	anuenciafm.pdf	19/02/2019 13:55:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.docx	18/02/2019 23:52:16	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcocomplido.pdf	11/01/2019 15:23:20	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dados.pdf	11/01/2019 15:20:49	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto
TCLE / Termos de Assentimento /	entrevista.pdf	11/01/2019 15:20:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acerto

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. SI 3018
 Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2334-2100 Fax: (21)2334-2100 E-mail: etica@uerj.br

UERJ - UNIVERSIDADE DO
ESTADO DO RIO DE JANEIRO;



Continuação do Parecer: 3.214.031

Justificativa de Ausência	entrevista.pdf	11/01/2019 15:20:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALEadolescente.pdf	11/01/2019 15:20:00	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gravacao.pdf	11/01/2019 15:19:34	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdoResponsavel.pdf	11/01/2019 15:07:51	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Folha de Rosto	folha.pdf	18/12/2018 16:35:48	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/10/2018 11:26:07	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	TERMO_ANUENCIA_NIL.docx	01/10/2018 10:18:30	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	TERMO_ANUENCIA_RJ.docx	01/10/2018 10:17:48	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	12/09/2018 14:27:30	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	12/09/2018 14:25:00	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

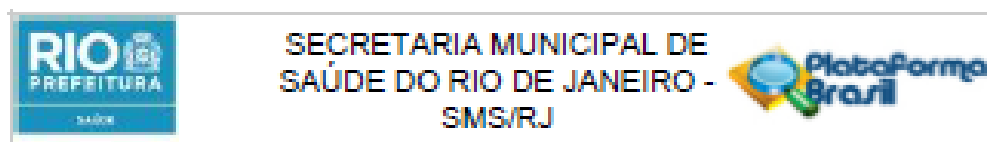
RIO DE JANEIRO, 21 de Março de 2019

Assinado por:

Patriota Fernandes Campos de Moraes
(Coordenador(a))

Endereço: Rua São Francisco Xavier 524, Bl. E 3ºand. 21 3018
Bairro: Maracanã CEP: 20.550-900
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2334-2180 Fax: (21)2334-2180 E-mail: alics@uerj.br

ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRANSIÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES USUÁRIAS DE ALCOOL, CRACK E COCAINA COM FILHO INTERNADO

Pesquisador: VIVIANE DE MELO SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 037688-18.7.3002.5279

Instituição Proponente: RIO DE JANEIRO SEC MUNICIPAL DE SAUDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.276.367

Apresentação do Projeto:

Apresentado no Parecer nº 3.218.616 do CEP SMS/RJ.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 3.218.616 do CEP SMS/RJ.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentado no Parecer nº 3.218.616 do CEP SMS/RJ.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 3.218.616 do CEP SMS/RJ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado no Parecer nº 3.218.616 do CEP SMS/RJ.

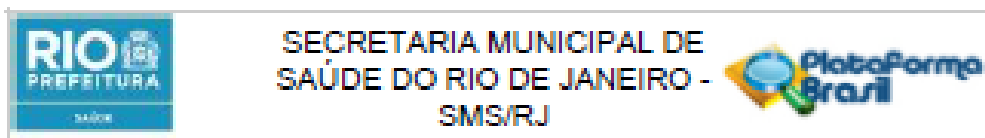
Recomendações:

Corrigir a data da coleta de dados no documento da Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1319329) para depois do projeto aprovado no CEP/SMS/RJ, conforme mencionado no documento (Projeto_SMS).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

1) PROJETO BÁSICO DE INTEIRO TEOR ou PROJETO NA ÍNTEGRA: fazer as seguintes adequações do projeto e reapresentar via PB:

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.001-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2015-1405 E-mail: cepsmat@yahoo.com.br



Continuação do Protocolo: 3.276.267

1.1) A pesquisadora informou nos documentos (Projeto_SMS) e no documento (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1319329), ambos postados na PB em 11/04/19, no qual um dos objetivos secundários foi definido como "Discutir as facilidades e dificuldades encontradas para aquisição de uma transição saudável". Situação: SEM PENDÊNCIA.

1.2) Apresentado no documento (Projeto_SMS), no cronograma consta que a fase de coleta de dados iniciando em data posterior a aprovação do projeto no CEP da SMS. Situação: SEM PENDÊNCIA.

2) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: apresentado o documento (TCLE_SMS), postado na PB em 09/04/19. Situação: SEM PENDÊNCIA.

3) TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: apresentado o documento (TALE_SMS), postado na PB em 11/04/19. Situação: SEM PENDÊNCIA.

4) TERMO DE COMPROMISSO DE UTILIZAÇÃO DE DADOS (TCUD): o documento (TERMO_DADOS), postado na PB em 11/04/19, o qual apresenta o início da coleta de dados após a aprovação do projeto no CEP da SMS/RJ. Situação: SEM PENDÊNCIA.

5) CRONOGRAMA: apresentado o documento (CRONOGRAMA_SMS), postado na PB em 11/04/19, o qual apresenta o início da coleta de dados após a aprovação do projeto no CEP da SMS/RJ. Situação: SEM PENDÊNCIA.

6) CURRÍCULO DOS PESQUISADORES: apresentado os currículos dos pesquisadores. Situação: SEM PENDÊNCIA.

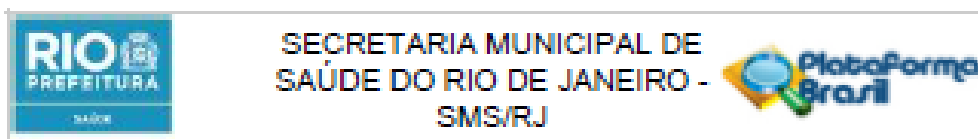
7) DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS: apresentado o documento (NEGATIVACUSTOS), postada na PB em 11/04/19. Situação: SEM PENDÊNCIA.

Considerações Finais a critério do CEP:

Sr.(a) Pesquisador(a),

Atentamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delimitada no protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação

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: cepma@gshea.com.br



Continuação do Parecer: 3.276.267

imediate (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP/MS-RJ como emenda. Deve-se aguardar o parecer favorável do CEP/MS-RJ antes de efetuar a modificação. Atentar para a necessidade de atualização do cronograma da pesquisa.

Caso ocorra alguma alteração no financiamento do projeto ora apresentado (alteração de patrocinador, modificação no orçamento ou copatrocínio), o pesquisador tem a responsabilidade de submeter uma emenda ao CEP/MS-RJ solicitando as alterações necessárias. A nova Folha de Rosto a ser gerada deverá ser assinada nos campos pertinentes e entregue a via original no CEP/MS-RJ.

O CEP/MS-RJ deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas a este CEP/MS-RJ, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Acrescentamos que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (item IV.3.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12) e deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (item IV.5.d., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

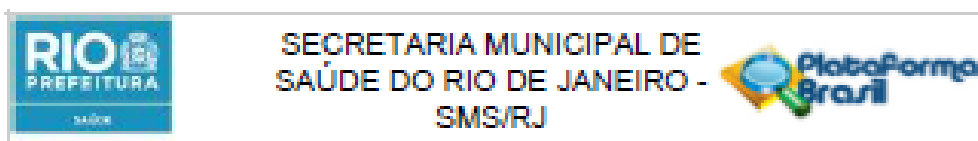
Caso haja interrupção do projeto ou não publicação dos resultados, solicitamos justificar fundamentalmente ao CEP/MS-RJ.

Este parecer possui validade de 12 meses a contar da data de sua aprovação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações	PE_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P	11/04/2019		Acerto

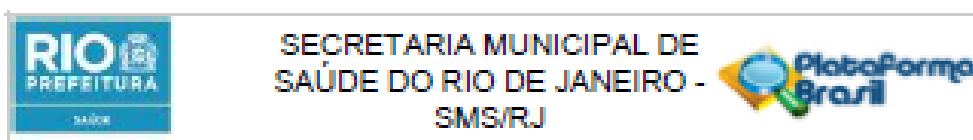
Endereço: Rua Evairato da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2215-1405 E-mail: cepema@yaho.com.br



Continuação do Anexo: 3.276.267

Básicas do Projeto	ETO_1319329.pdf	12:06:17		Acelto
Outros	solicitacoes_SMS.pdf	11/04/2019 12:03:52	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	NEGATIVACUSTOS.pdf	11/04/2019 12:03:30	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	TERMO_DADOS.pdf	11/04/2019 12:02:25	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_SMS.pdf	11/04/2019 12:01:59	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA_SMS.pdf	11/04/2019 12:00:50	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALE_SMS.pdf	11/04/2019 12:00:26	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_SMS.pdf	11/04/2019 12:00:00	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	cep6latiesrosangelasivasantos.pdf	09/04/2019 16:28:52	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	cep6latiesvivianedemelosouza.pdf	04/04/2019 13:55:04	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/02/2019 14:01:44	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.pdf	19/02/2019 13:56:41	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	coparticipante.pdf	19/02/2019 13:56:15	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.docx	19/02/2019 23:52:16	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetocontgido.pdf	11/01/2019 15:23:20	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dados.pdf	11/01/2019 15:20:49	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento /	entrevista.pdf	11/01/2019 15:20:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
 Bairro: Centro CEP: 20.031-040
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)2245-1485 E-mail: cepama@yaho.com.br



Contribuição do Parecer: 3.276.267

Justificativa de Ausência	entrevista.pdf	11/01/2019 15:20:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALEadolescente.pdf	11/01/2019 15:20:00	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gravacao.pdf	11/01/2019 15:19:34	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEdoResponsavel.pdf	11/01/2019 15:07:51	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/10/2018 11:26:07	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_NI.docx	01/10/2018 10:18:30	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_RJ.docx	01/10/2018 10:17:49	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

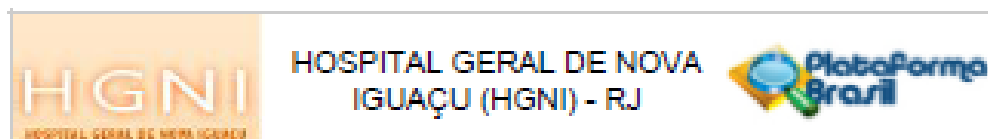
RIO DE JANEIRO, 22 de Abril de 2019

Assinado por:

Salecia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar
Bairro: Centro CEP: 20.031-040
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1465 E-mail: capemas@yahoo.com.br

ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Nova Iguaçu



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A TRANSIÇÃO DE MÃES ADOLESCENTES USUÁRIAS DE ALCOOL, CRACK E COCAINA COM FILHO INTERNADO

Pesquisador: VIVIANE DE MELO SOUZA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 037688-18.7.3001.5254

Instituição Proponente: NOVA IGUAÇU PREFEITURA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.385.024

Apresentação do Projeto:

O estudo desta pesquisa refere-se ao processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína em relação a hospitalização do seu filho.

A adolescente usuária de álcool, crack/cocaína com um filho internado fomenta não só um problema de saúde pública pelo uso de alguma substância prejudicial à sua saúde e das complicações que estas substâncias podem causar ao bebê, mas que corrobora com problemas sociais mais amplos, que necessitam ser refletidos e discutidos de forma mais coerente.

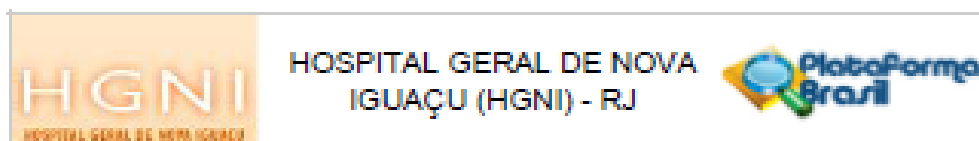
É um evento para o qual a mãe não estava preparada e que envolve desde o momento do encontro com o bebê em um ambiente desconhecido, e as mães adolescentes que em algum momento fizeram uso de substâncias como álcool, crack/cocaína favorecem a complicações que afetam o RN, podendo prolongar o tempo de internação deste bebê.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral:

Analisar o processo de transição de mães adolescentes em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação a internação do seu filho.

Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Mayer 953			
Bairro: Alto da Posse		CEP: 26.050-300	
UF: RJ	Município: NOVA IGUAÇU		
Telefone: (21)3779-0900	Fax: (21)3987-3022	E-mail: cep@hgni.saude.gov.br	



Continuação do Protocolo: 3.385.004

Objetivos específicos:

Descrever a narrativa de vida da adolescente em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína com filho internado;

Identificar o processo de transição da mãe adolescente em consumo problemático de álcool, crack/cocaína em relação à hospitalização do seu filho;

Detectar a vulnerabilidade das mães adolescentes em consumo problemático de álcool, crack/cocaína com filho internado;

Discutir as facilidades e dificuldades encontradas para aquisição de um processo de transição saudável de mães adolescentes com filho internado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos Benefícios:

Esta pesquisa contribuirá para estimular a refletir sobre a temática, visando a saúde da adolescente como um processo único, desenvolvendo a compreensão dos estudantes para produção de conhecimento e futuros enfermeiros que assistem a este público com equidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Questões norteadoras:

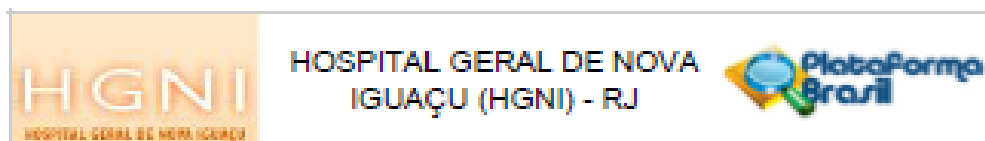
Que tipo de transição a adolescente que se tornou mãe, em uso de álcool, crack ou cocaína apresenta em relação à hospitalização do seu filho?

Quais são os fatores que favorecem a internação dos filhos de adolescentes em consumo problemático de álcool, crack ou cocaína?

Que tipo de vulnerabilidade essas mães adolescentes apresentam?

Metodologia Proposta:

Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Meyer 953
 Bairro: Alto da Posse CEP: 26.030-360
 UF: RJ Município: NOVA IGUAÇU
 Telefone: (21)3779-9900 Fax: (21)3967-3032 E-mail: osp@hgni.saude.gov.br



Continuação do Parecer: 0.385.034

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de abordagem qualitativa, acerca da transição das mães adolescentes que usam álcool, crack/cocaína com filho internado.

Critério de Exclusão:

Terá como critério de inclusão as mães adolescentes na faixa etária de 10 a 19 anos com filho internado na maternidade, que usaram álcool, crack e cocaína durante a gestação, parto e/ou puerpério. Como critério de exclusão será a mãe adolescente que apresentar algum distúrbio mental que impossibilite de namar a sua vida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Protocolo da pesquisa, descrição de riscos e benefícios, TCLE, Termo de anuência, termo de compromisso de utilização dos dados, cronograma e orçamento elaborados em conformidade com a Resolução 466/2012.

Recomendações:

Manter o CEP atualizado quanto ao andamento da pesquisa através de relatórios parciais e final.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A adequação à RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012 foi plenamente apresentada pelo pesquisador.

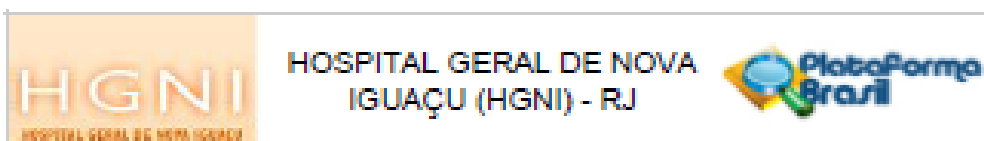
O CEP HGNI tomou ciência e aprovou em sua reunião ordinária realizada em 11/06/19 o projeto de pesquisa proposto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Nenhuma pesquisa envolvendo seres humanos deverá ser iniciada sem o parecer final do CEP HGNI e/ ou da CONEP quando for este o caso.

Apresentar relatórios parciais (anuais) e relatório final do projeto de pesquisa é responsabilidade

Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Mayer 953
 Bairro: Aço da Posse CEP: 26.030-380
 UF: RJ Município: NOVA IGUAÇU
 Telefone: (21)3779-9900 Fax: (21)2667-3022 E-mail: cep@hgni.saude.gov.br



Continuação do Parecer: 3.385.034

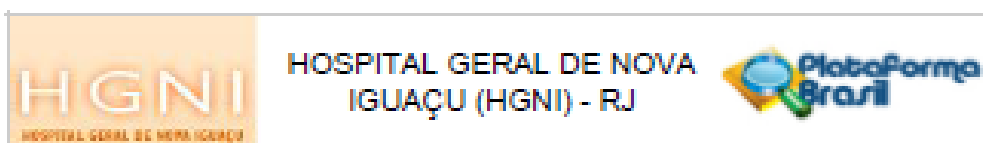
Indelegável do pesquisador principal.

Qualquer modificação ou emenda ao projeto de pesquisa em pauta deve ser submetida à apreciação do CEP HGNI.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE2.pdf	19/02/2019 14:01:44	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.pdf	19/02/2019 13:56:41	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Outros	coparticipante.pdf	19/02/2019 13:56:15	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALE.docx	18/02/2019 23:52:16	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetcocorrigido.pdf	11/01/2019 15:23:20	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	dados.pdf	11/01/2019 15:20:49	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	entrevista.pdf	11/01/2019 15:20:27	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ALEadolescente.pdf	11/01/2019 15:20:00	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	gravacao.pdf	11/01/2019 15:19:34	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLEdoResponsavel.pdf	11/01/2019 15:07:51	VIVIANE DE MELO SOUZA	Acelto

Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Mayer 953
 Bairro: Alto da Posse CEP: 26.030-360
 UF: RJ Município: NOVA IGUAÇU
 Telefone: (21)3779-9900 Fax: (21)2667-3022 E-mail: cep@hgni.saude.gov.br



Continuação do Parecer: 3.385.034

Ausência	TCLEdoResponsavel.pdf	11/01/2019 15:07:51	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	01/10/2018 11:26:07	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_NI.docx	01/10/2018 10:16:30	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_RJ.docx	01/10/2018 10:17:49	VIVIANE DE MELO SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

NOVA IGUAÇU, 11 de Junho de 2019

Assinado por:

Luis Henrique de Oliveira Claro
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Henrique Duque Estrada Meyer 253
Bairro: Alto da Posse CEP: 26.020-300
UF: RJ Município: NOVA IGUAÇU
Telefone: (21)3375-0900 Fax: (21)3367-3022 E-mail: cnp@hgni.saude.gov.br