



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANNE JACOB DE SOUZA ARAÚJO

**VULNERABILIDADES DE GESTANTES ENVOLVIDAS COM
ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

SALVADOR

2014

ANNE JACOB DE SOUZA ARAÚJO

**VULNERABILIDADES DE GESTANTES ENVOLVIDAS
COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito de aprovação para a obtenção do grau de Mestra, área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Jeane Freitas de Oliveira

SALVADOR

2014

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

A663 Araújo, Anne Jacob de Souza.

Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas / Anne Jacob de Souza Araújo. – Salvador, 2014.
89 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Escola de Enfermagem, 2014.

1. Álcool. 2. Gestantes. 3. Drogas. 4. Saúde. I. Oliveira, Jeane Freitas de. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 618.2:178.1

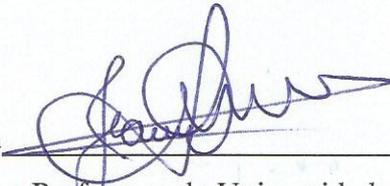
**VULNERABILIDADES DE GESTANTES ENVOLVIDAS
COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área de Concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”.

Aprovada em 31/03/2014.

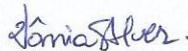
BANCA EXAMINADORA

Jeane Freitas de Oliveira



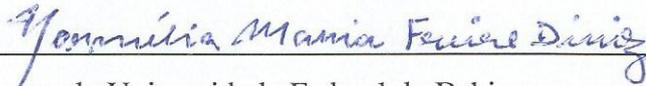
Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal da Bahia

Vânia Sampaio Alves



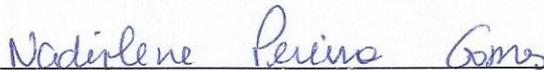
Doutora em Saúde Coletiva, Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Normélia Maria Freire Diniz



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

Nadirlene Pereira Gomes



Doutora em Enfermagem, Professora da Universidade Federal da Bahia

DEDICATÓRIA

A minha mãe, amiga, pessoa por quem tenho maior admiração,
como mulher, mãe, esposa, profissional.
Mulher guerreira, que sempre fez de tudo para me dar o melhor,
guiando-me pelo caminho do bem.
Você é a base para tudo que eu construo na minha vida.
Obrigada por todos os ensinamentos.
Eles foram essenciais para essa conquista.
Esta vitória dedico a você.
Concluimos mais uma importante etapa.

AGRADECIMENTO

A Deus, por tudo que já me concedeu, por este momento e por o tudo que ainda irá me conceder;

À Prof^a Dr^a Jeane Freitas de Oliveira, por ter me orientado nesta pesquisa. Os ensinamentos e as discussões, não somente acadêmicos, foram enriquecedores. Obrigada pelo conhecimento compartilhado, por todos os encontros que tivemos, pelos prazerosos momentos de confraternização e por abrir as portas da sua casa para substanciais orientações. Agradeço-lhe principalmente por sempre me desafiar a ser melhor.

A mainha, Ismar Maria (Nena), por me acompanhar nesta jornada, apoiando-me e direcionando-me no melhor caminho a ser seguido, pelos ensinamentos e apoio espiritual. Obrigada por acreditar e, muitas vezes, abdicar de suas vontades pelo meu crescimento pessoal e profissional. Você tornou possível eu estar aqui hoje.

Aos meus dois pais, Djalma Dias e Antonio Neto, por todo o apoio e carinho, presentes ou distantes. Sentir que vocês acreditam no meu potencial e que torcem por mim, o que me dá forças para continuar.

Às minhas avós Maria das Dores (Duzinha) e Maria Dias (Caboca) e meu avô José Acelino, por todo o carinho e pelos ensinamentos passados. Sentir que vocês têm orgulho de mim, me impulsiona a ser melhor.

Aos meus irmãos, Flávio e Bruno, pela amizade e pelo companheirismo. Lembro a felicidade de vocês quando eu disse que tinha passado no mestrado.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas pelo carinho, pela atenção e força. Em especial a tia Rose, por todo o carinho e toda a preocupação; e a minha titia Valdira Dias, que sempre me incentivou nos estudos, principalmente, na decisão em fazer o mestrado. Obrigada pelos ensinamentos e orientações, pela presença constante durante esta jornada, e pelas demonstrações de carinho, palavras de conforto ditas pessoalmente e/ou por telefone. Para mim, família é a base de tudo!.

Ao meu namorado Tchesco, pelo carinho, pela atenção, pelo apoio e incentivo.

A minha “Madinha”, Maria Isabel, por todas as ligações, gravações de áudio e vídeos, que me arrancavam sorrisos. Sei o quanto foi difícil entender que sua “Madinha” estava morando em Salvador. Obrigada por todas as demonstrações de carinho e saudade e por todos os abraços apertados quando eu chegava a Juazeiro.

Às professoras da Universidade Federal do Vale do São Francisco, pela base profissional. Em especial, a Nadirlene Gomes (Lene), pelo incentivo na pesquisa acadêmica, impulsionando-me a fazer o mestrado. Você foi essencial para essa conquista; e Margaret Olinda, pelos ensinamentos pessoais e acadêmicos e pelo carinho dispensado, inclusive durante a pós-graduação, nos corredores da EEUFBA.

Às minhas amigas e companheiras da faculdade, em especial Tamara, Milca e Caline pelo aprendizado compartilhado, as angústias e emoções vivenciadas, e pelos bons momentos que passamos juntas.

Às minhas amigas Paty, Lorena, Raisia, Carolzinha, Nanda, Cassia, Mari, Joelma, Jessica, Roberta e Neto Preto, por todos os prazerosos momentos compartilhados sejam em Salvador ou em Juazeiro. A amizade de vocês é essencial.

A Maíra e Nati por terem se tornado tão especiais na minha vida e pelo carinho e acolhimento quando cheguei a Salvador.

Às profissionais que trabalharam comigo nas Unidades de Saúde em Orocó-PE e Juazeiro-BA, em especial à Dr^a Maria Clara pelo carinho e incentivo quando decidi fazer o mestrado.

A Antonio Scaffa (*in memoriam*), pois vê-lo tão determinado no seu doutorado e ter participado desse momento na sua vida foi um fator impulsionador para minha tomada de decisão em relação ao mestrado.

Aos componentes do Grupo de Pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero, por todos os momentos de discussões, que engrandeceram o meu trabalho, e pelos calorosos

encontros, em especial a Priscilla, Gizelle, Maiana, Milene e Letícia, pela contribuição indispensável na produção da minha dissertação.

A Milca Ramaiane e Chalana Duarte pela calorosa e agradável moradia, pelo apoio e amizade, e pelas contribuições na minha dissertação.

A minha turma de mestrado, pois vocês foram fundamentais no desenvolver da minha pesquisa: Andrea Lorena, Andrea Mendes, Chalana Duarte, Manuela, Joise, Leonildo, Daniela, Rosana, Mariana, Simone, Lívia, Fabiana, Fernanda.

Às professoras da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, em especial a Normélia Diniz e Mirian Paiva, pelas sugestões, dicas e pelos incentivos durante a construção deste trabalho.

Às colegas de trabalho da disciplina de Fundamentos de Enfermagem na Saúde Coletiva-UFBA, Karina, Andreia, Fernanda, Patricia, Selton, Handerson, Jeane, Eloina, Selma, Ridalva e Tatiane, pela agradável convivência e pelas trocas de conhecimentos.

À Escola de enfermagem da Universidade Federal da Bahia, pelo acesso à pós-graduação, possibilitando dar continuidade a minha carreira acadêmica.

Ao programa de bolsas da CAPES e o CNPq, pelo incentivo financeiro, colaborando com a minha permanência em Salvador e o desenvolvimento da pesquisa.

Aos profissionais da Maternidade Tsylla Balbino por possibilitar o desenvolvimento desta pesquisa.

Em especial: Às gestantes que participaram da pesquisa por compartilharem suas vivências.

ARAÚJO, Anne Jacob de Souza. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas.** 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMO

As mulheres estão envolvidas com o fenômeno das drogas de diversas formas. Em qualquer tipo de envolvimento, estão expostas a situações de vulnerabilidade individuais, sociais e programáticas, sobretudo quando estão grávidas. Este trabalho tem por objetivo: Analisar as formas de envolvimento de gestantes com drogas e as situações de vulnerabilidade diante do contexto de vida. Realizou-se uma pesquisa de abordagem qualitativa da qual participaram 08 gestantes matriculadas no pré-natal de uma maternidade pública de Salvador-BA. A aproximação e identificação das gestantes se deram a partir da aplicação de um instrumento semiestruturado, contendo questões sobre: características sociodemográficas e de saúde reprodutiva; caracterização familiar; e indicadores sociais e de saúde; assim como contemplava também questões sobre o envolvimento com álcool e outras drogas. A partir da identificação das gestantes envolvidas com drogas, as mesmas eram convidadas a participar da entrevista semiestruturada. Foram seguidos todos os aspectos éticos. Os dados apreendidos durante a entrevista foram organizados segundo a técnica de análise de conteúdo e analisados adotando o conceito de vulnerabilidade como referencial teórico. No processamento de organização dos dados, foram identificadas quatro categorias empíricas: Envolvidas com drogas: *“Meu irmão é usuário, meu marido usa drogas, minha mãe... Usei álcool, cigarro...”*; Relações familiares: *“Meu pai não me criou... Conheci, mas pra mim é mesmo que nada...”*; Interrupção do estudo: *“Emprenhei e parei (de estudar)...”*; Acesso ao pré-natal: *“Fui a outras maternidades, só achei vaga aqui...”*. . O envolvimento das gestantes com as drogas se deu majoritariamente pelo consumo de substâncias lícitas e ilícitas pelos companheiros e familiares e pelo consumo próprio de substâncias lícitas, mesmo durante a gestação. As entrevistadas relataram que o consumo de drogas fragiliza os vínculos familiares e afetivos, expondo-as a situações de violência. A ocorrência da gravidez na adolescência ocasionou o abandono escolar e, conseqüentemente, a dependência financeira parcial ou total de familiares e/ou companheiros. Dificuldades no acesso aos serviços de saúde ocasionaram início do acompanhamento gestacional tardiamente, atrasos na realização de exames de rotina do pré-natal, na aplicação de vacinas e em outros procedimentos do pré-natal. Os dados permitiram identificar que as gestantes vivenciam um contexto familiar com presença de drogas lícitas e ilícitas, o qual predispõe a situações de vulnerabilidade nas dimensões individual, social e programática. A identificação das situações de vulnerabilidade possibilita ampliar a atuação em saúde e gerar reflexões que podem ser úteis para a formulação de pensamentos e políticas de saúde a partir das necessidades da comunidade.

Palavras-chave: Gestantes; Drogas; Vulnerabilidade; Saúde da mulher; Enfermagem.

ARAÚJO, Anne Jacob de Souza. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

ABSTRACT

Women are involved in the drug phenomenon in different ways. Any type of involvement, are exposed to situations of individual, social and programmatic vulnerability, especially when they are pregnant. This work aims to: examine how the involvement of pregnant women with drugs and situations of vulnerability on the life context. We conducted a qualitative study which involved 08 pregnant women enrolled in prenatal care at a public maternity hospital in Salvador, Bahia. Approximation and identification of pregnant women are knowns from the application of a semi-structured instrument containing questions about sociodemographic characteristics and reproductive health; family characterization; and social and health indicators; as well as contemplating questions about involvement with alcohol and other drugs. From the identification of the women involved with drugs, they were invited to participate in semi-structured interviews. All ethical aspects were followed. Data obtained during the interview were organized according to the technique of content analysis and analyzed by adopting the concept of vulnerability as a theoretical framework. In processing data organization four empirical categories were identified: Involved with drugs: “My brother is user, my husband uses drugs, my mother... I used alcohol, cigarettes...”; Family relationships: “My father did not raise me... I knew, but for me it is nothing ...”; Discontinuation of the study: “Pregnant and stopped (to study)...”; Access to prenatal care: “I went to other hospitals, only found vague here...”. The involvement of pregnant women with drugs occurred most of the consumption of licit and illicit substances by peers and family and the personal consumption of licit substances, even during pregnancy. Interviewees reported that drug use undermines the family and emotional bonds, exposing them to violence. The occurrence of teenage pregnancy caused the dropout and hence the partial or total financial dependence on family and/or colleagues. Difficulties in access to health services led the early gestational later monitoring, delays in conducting routine examinations of prenatal care in vaccinations and other procedures of prenatal care. The data allowed to identify pregnant women who experience a family environment with the presence of legal and illegal drugs, which predisposes to situations of vulnerability in individual, social and programmatic dimensions. The identification of situations of vulnerability enables expand operations in health and generate reflections that may be useful for the formulation of health policies and thoughts from the needs of the community

Keywords: Pregnant women; Drugs; Vulnerability; Women's health; Nursing.

ARAÚJO, Anne Jacob de Souza. **Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas**. 2014. 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2014.

RESUMEN

Las mujeres están involucradas en el fenómeno de la droga en diferentes maneras. Cualquier tipo de participación, están expuestas a situaciones de vulnerabilidad individual, social y programática, especialmente cuando están embarazadas. Este trabajo tiene como objetivo: examinar cómo la participación de las mujeres embarazadas con las drogas y las situaciones de vulnerabilidad en el contexto de la vida. Hemos llevado a cabo un estudio cualitativo que implicaba 08 mujeres embarazadas inscritas en el cuidado prenatal en una maternidad pública de Salvador, Bahia. Aproximación y la identificación de las mujeres embarazadas se les da desde la aplicación de un instrumento semi-estructurado que contenga preguntas sobre las características sociodemográficas y de salud reproductiva; caracterización de la familia; y los indicadores sociales y de salud; así como la contemplación de las preguntas acerca de la participación con el alcohol y otras drogas. A partir de la identificación de las mujeres involucradas con las drogas, se les invitó a participar en las entrevistas semi-estructuradas. Se siguieron todos los aspectos éticos. Los datos obtenidos durante la entrevista se organizaron de acuerdo a la técnica de análisis de contenido y analizados mediante la adopción del concepto de vulnerabilidad como marco teórico. En la organización de procesamiento de datos se identificaron cuatro categorías empíricas: Participa con las drogas: “Mi hermano es el usuario, mi marido usa drogas, mi madre... He utilizado el alcohol, los cigarrillos...”; Las relaciones familiares: “Mi padre no me había planteado... Yo sabía, pero para mí no es nada...”; La interrupción del estudio: “Emprenhei y parado (los estudios)...”; El acceso a la atención prenatal: “Fui a otros hospitales, solamente encontraron vaga aquí...”. La participación de las mujeres embarazadas con las drogas se produjo la mayor parte del consumo de sustancias lícitas e ilícitas por sus compañeros y la familia y el consumo personal de sustancias lícitas, incluso durante el embarazo. Los entrevistados informaron que el consumo de drogas socava los lazos familiares y emocionales, exponiéndolos a la violencia. La ocurrencia de embarazos de adolescentes causó la deserción escolar y, por tanto, la dependencia financiera parcial o total de la familia y/o compañeros de trabajo. Las dificultades en el acceso a los servicios de salud dirigidos a principios del posterior seguimiento gestacional, los retrasos en la realización de los exámenes de rutina de la atención prenatal en las vacunas y otros procedimientos de la atención prenatal. Los datos permitieron identificar a las mujeres embarazadas que experimentan un ambiente familiar con la presencia de drogas legales e ilegales, lo que predispone a las situaciones de vulnerabilidad en las dimensiones individuales, sociales y programáticas. La identificación de las situaciones de vulnerabilidad permite expandir sus operaciones en materia de salud y generar reflexiones que pueden ser útiles para la formulación de políticas de salud y los pensamientos de las necesidades de la comunidad.

Palabras clave: Las mujeres embarazadas; las drogas; la vulnerabilidad; Salud de la mujer; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEBRID	Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas
EEUFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GEM	Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher
GVSG	Grupo de Pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades e Gênero
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PSF	Programa de Saúde da Família
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas
SPAs	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFBA	Universidade Federal da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA	16
2.1 A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS	16
2.1.1 O envolvimento das mulheres com as drogas	18
2.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA GESTAÇÃO	20
2.3 EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO DA MULHER EM ESTADO GESTACIONAL	22
2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E À PROBLEMÁTICA DAS DROGAS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	28
3.1 VUNERABILIDADES: CONCEITO, DIMENSÕES, USO NAS AÇÕES E EM PESQUISA DA ÁREA DE SAÚDE	28
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	34
4.1 TIPO DE PESQUISA	34
4.2 CAMPO DE PESQUISA	34
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	35
4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	36
4.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO	37
4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	38
5 RESULTADOS	40
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES	40
5.2 VULNERABILIDADES VIVENCIADAS POR GESTANTES	41
5.2.1 Envolvidas com drogas: <i>“Meu irmão é usuário, meu marido usa drogas, minha mãe... Usei álcool, cigarro...”</i>	48
5.2.2 Relações familiares: <i>“Meu pai não me criou... Conheci, mas pra mim é mesmo que nada...”</i>	51

5.2.3 Interrupção do estudo: “Emprenhei e parei (de estudar)...”	54
5.2.4 Acesso ao pré-natal: “Fui a outras maternidades, só achei vaga aqui...”	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	63
REFERÊNCIAS	66
APÊNDICES	75
APÊNDICE A – Carta de solicitação de coleta de dados	76
APÊNDICE B – Termo de Autorização	77
APÊNDICE C – Instrução às participantes e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	78
APÊNDICE D – Instrumento de coleta dos dados	80
APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista Semiestruturada	85
APÊNDICE F – Quadro de caracterização sócio-demográfica	86
ANEXOS	87
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	88

1 INTRODUÇÃO

As mulheres estão envolvidas com o fenômeno das drogas de diversas formas, seja como protagonistas do tráfico e/ou do consumo, seja como companheira e/ou familiar de alguém que consome e/ou trafica algum tipo de droga. As consequências desse envolvimento estão atreladas ao contexto social no qual elas estão inseridas, ao tipo de droga utilizada, ao padrão de uso, resultando em situações de vulnerabilidade e em implicações para a saúde. Em situação de gravidez, o envolvimento com as drogas atinge também o conceito, trazendo repercussões físicas e psíquicas para ambos.

Nesta pesquisa, o termo drogas é utilizado para fazer referência ao álcool e às outras substâncias psicoativas (SPA), caracterizadas jurídica e socialmente como ilícitas no território nacional, a exemplo da maconha, cocaína, crack e êxtase.

Abreu e Andrade (2005) revelam que, apesar de o abuso de álcool estar se tornando um dos problemas de saúde das mulheres, somente há aproximadamente duas décadas que as pesquisas voltaram-se para as diferenças entre os sexos, tendo em vista que, ao se tratar dessa temática, as amostras eram somente com pessoas do sexo masculino, retratando assim o quão recente são os enfoques para a temática das drogas e a população feminina nas pesquisas.

A partir de uma revisão bibliográfica sobre o consumo de drogas entre mulheres em idade reprodutiva, Yamaguchi et al. (2008) identificaram que, embora esse seja uma problema de saúde pública, ainda é pouco abordado em pesquisas nacionais, sendo enfatizadas principalmente as consequências para a mãe e para o bebê. Levantamento bibliográfico realizado na base de dados da biblioteca virtual em saúde (BIREME), no ano de 2012, também confirmou tal achado.

Embora o consumo de SPAs por mulheres seja considerado socialmente uma conduta inadequada, sobretudo, quando estão grávidas (RICCI, 2008a), dados apresentados por Lopes e Arruda (2010) mostram que, nos últimos anos, houve aumento no uso dessas substâncias por mulheres em situação de gestação. As diversas formas de envolvimento das mulheres com as drogas implicam em diferentes e múltiplas situações de vulnerabilidade para as mesmas.

A vulnerabilidade antecede o risco, determinando os diferentes contextos que favorecem à infecção, ao adoecimento e à morte, e caracteriza-se como um indicador da iniquidade e da desigualdade social (BERTOLOZZI et al, 2009). O conceito de vulnerabilidade abrange o atendimento não somente às necessidades de saúde, tais como aquelas de ordem física, clínica e biológica. Compreende três dimensões distintas e, ao

mesmo tempo interligadas, quais sejam: individual, social e programática (AYRES et al., 2006).

Nessa perspectiva, o conceito de vulnerabilidade pode ser empregado para compreender as consequências do envolvimento das mulheres com as drogas, assim como as circunstâncias que condicionam e determinam esse envolvimento, possibilitando visibilidade e identificação de especificidades femininas relacionadas com as drogas, o que poderá resultar na melhoria da assistência de saúde dessas mulheres.

A articulação entre o referencial teórico de vulnerabilidade e a temática das drogas em gestantes apresenta-se como um desafio pessoal e profissional. Contudo, diante da relevância da temática e a participação no grupo de pesquisa “Sexualidades, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero”, que conta com a participação de docentes experientes em pesquisa com a temática e com o referencial de vulnerabilidade, despertou o interesse em desenvolver pesquisa, tendo como objeto de investigação: vulnerabilidades de gestantes envolvidas com drogas.

Trata-se de um objeto complexo que exigirá não apenas estudos teóricos sobre a temática, mas também reflexões e críticas acerca de conhecimentos do senso comum que permeiam ideias e práticas cotidianas sobre essa temática.

Embora, na experiência profissional como enfermeira assistencialista em uma Unidade de Saúde da Família, no interior de Pernambuco, tenha assistido pessoas envolvidas de diversas formas com o fenômeno das drogas, tratar dessa temática era complicado diante do contexto de envolvimento com drogas daquela população. A cidade fazia parte do "polígono da maconha", entretanto não havia uma rede de serviços para o atendimento às demandas da clientela, muito menos a capacitação dos profissionais para lidar com as questões relacionadas às drogas.

Durante o curso de graduação em Enfermagem, tive a oportunidade de desenvolver projetos com a temática da violência contra mulher¹, sendo observada a relação dessa temática com o fenômeno das drogas. O interesse em investigar o envolvimento de gestante com as drogas se deu após a aprovação na seleção do mestrado a partir de contatos com mestrandas e professora/orientadora participantes do Grupo de Estudos sobre Saúde da Mulher (GEM) e do Grupo de Pesquisa em Sexualidades, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero (VSDG), que desenvolvem pesquisas e atividades de ensino e extensão sobre a temática das

¹ Participação nos projetos: Violência conjugal: conhecendo a realidade do município de Juazeiro-BA; Incidência de violência contra a mulher no bairro João de Deus no município de Petrolina-PE; Estratégias de intervenção na violência doméstica: um enfoque na mulher; Projetos de extensão: Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em Petrolina-PE (bolsista); e Projeto de Fortalecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência em Juazeiro-BA.

drogas e ao perceber a carência de estudos relacionando as drogas com a gravidez, principalmente, ao tratar de questões que vão além do aspecto físico, biológico e clínico.

Depois de repetidas leituras, discussões e apresentações de proposta de pesquisa oportunizadas por componentes curriculares, do referido curso, foi definido como **objeto de estudo**: vulnerabilidades de gestantes envolvidas com drogas, e a seguinte questão norteadora: Quais as vulnerabilidades vivenciadas por gestantes envolvidas com drogas? Para responder tal questionamento, foi definido o seguinte **objetivo**: Analisar as formas de envolvimento de gestantes com drogas e as situações de vulnerabilidade diante do contexto de vida. Acredita-se que o desenvolvimento da pesquisa possa subsidiar a atuação da Enfermagem na assistência à saúde da mulher, mais especificamente na atenção pré-natal, oferecendo, além de informações acerca da temática, ações educativas em saúde e o delineamento de intervenções sensíveis a situações de vulnerabilidade, tais como a escuta qualificada, o acolhimento, a identificação dos casos, a abordagem de redução de danos e atenção integral.

A presente pesquisa está inserida num projeto mais amplo intitulado “Vulnerabilidade de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas”, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) por meio do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

Para contextualizar o objeto de pesquisa, serão abordadas a seguir questões acerca das drogas, da gestação e das políticas de atenção à saúde das mulheres.

2.1 A PROBLEMÁTICA DAS DROGAS

A produção, o consumo e o comércio de substâncias psicoativas são condutas que acompanham o desenvolvimento da humanidade. Constitui um fenômeno complexo que abrange questões de ordem social, política e econômica, tornando-se um grave problema de saúde pública mundial.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, droga é toda substância não sintetizada pelo organismo, que, ao ser consumida, tem a propriedade de atuar sobre uma ou mais das suas funções, produzindo alterações em seu funcionamento. Essa definição engloba todas as substâncias, independente da sua classificação em lícita e ilícita determinada juridicamente em cada sociedade (OMS, 1981).

Segundo Siegel (1989), o consumo de drogas realiza-se de várias formas, sendo definidos cinco padrões: experimental; recreativo ou social; circunstancial ou situacional; intensificado; e compulsivo. Quando se usa com a intenção de saciar a curiosidade, trata-se do uso experimental, a persistência não é sua característica, não tem implicações com dependência e outros problemas relacionados. O consumo social ou recreativo é feito em grupo, em reuniões sociais, com o propósito de relaxar e compartilhar o prazer.

O autor afirma ainda que o modo circunstancial ou situacional caracteriza-se pela busca de um efeito específico da droga para realização de uma determinada ação, a exemplo dos caminhoneiros, que usam energéticos para se manterem acordados por mais tempo e conseguirem cumprir o percurso da viagem no prazo determinado. O uso intensificado é caracterizado quando o usuário necessita que os efeitos/sensações do uso sejam mantidos, o que poderá resultar em dependência física e psíquica e, com a permanência e manutenção, resulta no padrão compulsivo, que é quando o indivíduo usa frequente e intensivamente a droga. Para pessoas que fazem uso intensificado ou compulsivo a abstinência causa desconforto físico e psíquico.

O uso de SPAs provoca efeitos na mente e no corpo do usuário, que podem ser de ordem fisiológica, até alteração da consciência e da percepção do tempo e espaço (WRIGHT

et al., 2009). Os efeitos dependem do tipo de droga utilizada, da quantidade, do objetivo de uso e do contexto no qual a droga é usada. Algumas drogas são toleráveis pela sociedade, como o cigarro, o álcool e a cafeína, e outras que ocasionam um importante custo social, não são, dentre elas estão a maconha, cocaína, anfetaminas, o ácido lisérgico dietilamida, a heroína e o êxtase (PEIXOTO, 2004).

De acordo com dados do Relatório das Nações Unidas sobre drogas e crimes (UNODC, 2007; UNODC, 2012), houve um aumento na quantidade de pessoas, de 15 a 64 anos, que fazem uso de drogas. No ano de 2005 e 2006, eram 200 milhões de pessoas, e em 2010, totalizaram 300 milhões.

Ao comparar os dados de 2008 com 2010, a prevalência do uso de maconha se manteve próximo, com percentuais de 2,9% a 4,3% para 2,6% a 5%. A prevalência global de uso de opioides em 2010 é estimada em 0,6% a 0,8%. O êxtase, a cocaína e os opiáceos permaneceram com uma porcentagem igual a de 2008, sendo 0,2% a 0,6%; 0,3% a 0,4%; 0,3% a 0,5% da população entre 15 a 64 anos, respectivamente (UNODC, 2012).

No âmbito nacional, os levantamentos epidemiológicos foram realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicótropas (CEBRID). O I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicótropas realizado no Brasil, em 2001, pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), com o objetivo de estimar a prevalência do uso de drogas e o uso não médico de medicamentos psicotrópicos, na população com idade entre 12 a 65 anos, teve uma amostra de 8.589 entrevistados(as) habitantes das 107 cidades com 200 mil habitantes (GALDURÓZ et al., 2005). O II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicótropas foi realizado em 2005 e contou com uma amostra composta de 7.939 pessoas (BRASIL, 2009).

Em comparação com os dados do I Levantamento domiciliar nacional, foi registrado aumento nas estimativas de uso de álcool (68,7%-74,6%), tabaco (41,1%-44%), maconha (6,9%-8,8%), solventes (5,8%-6,1%), benzodiazepínicos (3,3%-5,6%), cocaína (2,3%-2,9%), estimulantes (1,5%-3,2%), crack (0,4%-0,7%), respectivamente entre o I e II relatório (GALDURÓZ et al., 2005; BRASIL, 2009). Os dados mostram prevalência de uso e dependência de álcool para os homens em todas as faixas etárias. O consumo de tabaco apresentou variações para homens e mulheres em algumas faixas etárias, revelando a expansão do tabaco entre as mulheres (BRASIL, 2009).

Na Região Nordeste, a amostra foi composta por 1680 pessoas (692 homens e 988 mulheres), sendo identificado um aumento nas estimativas de uso na vida de maconha, benzodiazepínicos, estimulantes, esteroides, alucinógenos e crack, e diminuição nas de

tabaco, solventes, orexígenos e xaropes, para a população geral quando comparado com o I Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas realizado no Brasil (BRASIL, 2009).

A abrangência do uso de drogas lícitas e ilícitas pode ser visualizada também na pesquisa realizada por Souza et al. (2008) com base no banco de dados do primeiro ano do Serviço Nacional de Informações e Orientações Sobre a Prevenção do Uso Indevido de Drogas, o VIVAVOZ. A pesquisa analisou 7.956 ligações das quais 32,8% correspondiam a pessoas usuárias de drogas, 12,8% eram de parentes, 10,8% eram de amigos, 5,8% eram de mães e 37,8% das chamadas foram feitas por pais, responsáveis por centros de tratamento, profissional de saúde e outros profissionais. Do total de ligações feitas por usuário(a)s, 24,7% declararam ser dependentes do tabaco, 10,4% do álcool, 12,1% da maconha, 7,0% da cocaína e 0,7% de solventes. A dependência para o tabaco foi semelhante para ambos os sexos e para as drogas ilícitas houve prevalência das pessoas do sexo masculino.

Pesquisa realizada com 406 pacientes usuários(as) de drogas ilícitas internados(as) em hospital psiquiátrico da cidade de Marília, no período de outubro de 1996 a dezembro de 1997 e entre janeiro de 1998 a dezembro de 1998, com uma amostra composta por 382 homens e 24 mulheres, também deu visibilidade ao uso das drogas. Os participantes eram jovens, sendo a maioria com idade entre 15 a 24 anos. O início do uso ocorreu antes dos 20 anos de idade em 80% dos homens e em 90% das mulheres. O crack, isoladamente ou associado à maconha, foi a droga de uso mais prevalente para ambos os sexos. Do total, 51% eram usuários(as) de uma droga e 49% de polidrogas, sendo que as mulheres estavam mais frequentemente entre as usuárias de uma única droga (BORINI; GUIMARÃES; BORINI, 2003).

Os dados descritos evidenciam o aumento na quantidade de pessoas usuárias de substâncias psicoativas, em especial as mulheres, dando visibilidade, também, à complexidade dessa temática.

2.1.1 O envolvimento das mulheres com as drogas

Segundo Oliveira, Maccallun e Costa (2010) com base em pesquisa realizada com profissionais de uma unidade básica de saúde do município de Salvador-BA, o envolvimento das mulheres com as drogas pode se dar de forma direta e indireta. Para os/as profissionais, no envolvimento indireto, as mulheres convivem na condição de mãe, companheira/esposa ou filha de uma pessoa, que faz uso e/ou trafica drogas. No envolvimento direto, a mulher é

quem faz o uso da droga ou trafica. Sendo que, de um modo geral, o envolvimento direto se dá com mulheres jovens diferentemente do envolvimento indireto.

Em sua pesquisa, ao entrevistar mulheres envolvidas com o tráfico, com o objetivo de captar os dilemas envolvidos na forma como mulheres justificam a sua participação em atividades ilícitas, Barcinski (2009) identificou contradições nos discursos das participantes, pois, em alguns momentos, elas posicionam-se como agentes e em outros como vítimas inocentes. As entrevistadas atribuem o motivo da participação a fatores externos e culturais, bem como também assumem a responsabilidade por suas escolhas, o que leva a entender que protagonismo e vitimização estão ao mesmo tempo presentes nas suas vivências, na medida em que elas posicionam-se simultaneamente como vítimas de um injusto sistema social ou de companheiros criminosos e violentos, e como ativas no processo de escolha pelo envolvimento com o tráfico.

Lopes, Mello e Argimon (2010) realizaram uma pesquisa com 287 mulheres da penitenciária Feminina Madre Pelletier, Porto Alegre/RS, e identificaram que 62,4% dessas foram presas por envolvimento com o tráfico de drogas, seja o envolvimento direto, com a venda de entorpecentes e carregamento de drogas, seja de forma indireta, por consentirem e serem coniventes em familiares usarem sua residência para guardar ou vender drogas. Dentre as participantes do estudo, 41,1% assumiram que cometeram o crime que motivou aprisionamento; dessas 17,4% declararam que estavam sob o efeito de drogas e 10,2% sob o efeito de álcool.

Moreira (2012), ao realizar pesquisa em Salvador com presidiárias, identificou que 90% das internas estavam presas pelo tráfico de drogas. As entrevistadas relataram em seus discursos que a entrada no tráfico de drogas foi motivada por elementos que compõem suas trajetórias de vida, tais como: o contexto social em que vivem, a possibilidade de obter dinheiro para garantir o sustento da família, a influência do parceiro e a aspiração em participar da sociedade de consumo. Barcinski (2009) afirma ainda que baixa condição socioeconômica e a vulnerabilidade pessoal levam mulheres a buscarem no tráfico uma alternativa para garantir o sustento de sua família.

As causas da criminalidade são apresentadas nas pesquisas como um complexo fenômeno, que envolve questões biológicas, sociais, econômicas, genéticas, psicológicas, psiquiátricas entre outras (LOPES; MELLO; ARGIMON, 2010).

Apesar de os homens serem numericamente os que mais utilizam as drogas, o quantitativo de mulheres está crescendo e constitui um subgrupo vulnerável, visto que grande parte está envolvida com a maternidade (GALERA; ROLDÁN; O'BRIEN, 2005).

De acordo com Laranjeira e Ribeiro (2005), o uso de drogas pelas mulheres é iniciado mais tardiamente quando comparado aos homens. Os autores ressaltam duas características que tornam as mulheres mais vulneráveis: os tabus sociais e a sensibilidade do metabolismo feminino aos efeitos das substâncias, resultando em impactos para a saúde das mulheres, apesar de o seu consumo ser menor comparado ao grupo masculino. Além disso, as mulheres dependentes de SPAs formam um subgrupo distinto, com necessidades e características próprias, tanto para diagnóstico como para tratamento (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). Portanto, para garantir a qualidade no atendimento, deve-se levar em conta o contexto no qual essa mulher está inserida e suas especificidades.

Em pesquisa realizada com profissionais que atuavam em uma unidade especializada no atendimento a pessoas usuárias de drogas e seus familiares, Oliveira, Paiva e Valente (2007) mostraram que os distintos locais de trabalho dos profissionais (unidade e comunidade) interferem na demanda de mulheres na condição de usuária e/ou acompanhante de pessoa usuária de drogas. De acordo com dados da pesquisa, nas atividades realizadas dentro do contexto da unidade, a demanda de mulheres na condição de acompanhante e/ou familiar de usuário(a) de drogas era prevalente, enquanto nas atividades externas, desenvolvidas diretamente na comunidade, as mulheres apareciam como usuárias de drogas, protagonista da ação. Os dados revelam que as mulheres enfrentam barreiras para a busca de assistência à saúde relacionada ao consumo de álcool e outras drogas, aumentando os impactos sociais e de saúde para as mesmas decorrentes desse consumo.

2.2 ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA GESTAÇÃO

A gestação é um momento distinto na vida de uma mulher, de um casal, de uma família, seja planejada ou não, provoca alterações em múltiplos aspectos da vida familiar, o que acaba por despertar sentimentos e sensações intensas (BRASIL, 2012). A mulher, especificamente, experimenta alterações no corpo, sentimentos conflituosos, mudanças de humor, na condição social, as quais são desenvolvidas simultaneamente. À medida que ocorrem mudanças fisiológicas na gestante, ocorrem também alterações psicossociais nela e nos familiares, pois esses enfrentam modificações importantes não só no papel que é desempenhado por eles, como também no estilo de vida (RICCI, 2008b).

Trata-se de um acontecimento fisiológico, e algumas gestantes apresentam comorbidades e/ou possuem características particulares, que podem alterar a boa evolução da gestação, seja para a mulher ou para o conceito, tornando-se uma gravidez de risco (BRASIL,

2010). Dentre os fatores, que são considerados na classificação da gestação de alto risco estão o uso de SPAs (OLIVEIRA, 2008a).

Para atuar frente ao uso de drogas por gestantes, necessitam ser levadas em consideração, além das diferenças entre homens e mulheres, as especificidades da gestação. Um ambiente de imparcialidade, em que sejam realizadas orientações a todas as gestantes, independente de seu estilo de vida, é muito importante. Um atendimento com atenção e preocupação, ajudando-as a se sentirem seguras, para que possam responder as perguntas e a avaliação, são condutas imprescindíveis (RICCI, 2008a), pois muitas gestantes negam ingerir qualquer substância não prescrita, por conta de estigmas das implicações legais (RICCI, 2008c).

Os agentes comunitários de saúde têm papel fundamental na identificação de novos casos, na busca ativa das gestantes que faltarem às consultas, na primeira abordagem, assim como no acompanhamento, facilitando com que a gestante confie no cuidado que a equipe oferece (BRASIL, 2012), uma vez que, frequentemente, as gestantes que são usuárias de drogas buscam atendimento pré-natal tardiamente ou nem o procuram. Somado a isso, quando realizam as consultas, a maioria delas não se sente à vontade em revelar a extensão do uso, o que dificulta a obtenção da verdadeira situação das gestantes usuárias de drogas (RICCI, 2008a).

O Ministério da Saúde, juntamente com os profissionais de saúde, tem o compromisso de promover ações que proporcionem a maternidade com segurança. Ao lidar com gestantes usuárias de drogas, além da garantia do pré-natal e da atenção humanizada, dentre outras ações, faz-se necessária atenção especial por essas apresentarem maior probabilidade de desenvolvimento de intercorrências (BRASIL, 2010). Para tanto, é importante a existência de uma relação de intensa confiança que permeiem a equipe de saúde, a gestante e seus familiares, para que as vulnerabilidades possam ser identificados e assim criar alternativas de controle (BRASIL, 2012).

No período de realização do pré-natal, uma equipe qualificada, que ofereça uma escuta sensível à gestante, poderá dar abertura a espaços para que as angústias sejam explicitadas e os sentimentos, que parecem tão confusos, possam ser expressos por meio de palavras. Esse ambiente também pode proporcionar o momento ideal para que se consiga uma diminuição duradoura, pois algumas mães se sensibilizam e se dispõem a agir de forma a não prejudicar a saúde do seu filho(a), e, para tanto, pode-se levar em consideração a abordagem de redução de danos (BRASIL, 2010; BRASIL, 2012). Vale ressaltar que a gravidez pode ser uma

motivação a mais para as mulheres que almejam tentar um tratamento (RICCI, 2008a). Diante disso, destaca-se a importância da abordagem sobre a temática no acompanhamento pré-natal.

2.3 EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO DA MULHER EM ESTADO GESTACIONAL

O efeito do consumo de drogas pode resultar em comprometimento irreversível da integridade da mãe/conceito (YAMAGUCHI et al., 2008). De um modo geral, as pesquisas enfocam os efeitos sobre o conceito, tais como: malformação congênita, baixo peso ao nascer, retardo no crescimento e desenvolvimento, Síndrome Fetal Alcoólica, podendo ocorrer, também, o aparecimento de patologias, lesões sem reversão, resultando, algumas vezes, em óbito materno fetal e/ou neonatal (LOPES; ARRUDA, 2010).

Nas pesquisas, os efeitos do consumo das drogas para as mulheres estão limitados à saúde. Nesse contexto, destacam-se algumas complicações relacionadas ao consumo de álcool, tabaco, cocaína, crack e maconha, tais como: as doenças cardiovasculares, cirrose hepática, alterações menstruais, depressão, suicídio, acidente vascular cerebral, cânceres, redução da fertilidade, osteoporose, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, convulsões e doenças pulmonares (LARANJEIRA; RIBEIRO, 2005).

As substâncias são passadas por meio da placenta e acabam por afetar diretamente o crescimento e desenvolvimento do feto, principalmente, quando utilizadas durante o primeiro trimestre (RICCI, 2008a). Substâncias, tais como, nicotina, monóxido de carbono, maconha, cocaína, heroína, cafeína e etanol, atravessam a barreira placentária e atingem o organismo do feto, causando efeitos teratogênicos, principalmente no período embrionário (COSTA et al., 1998). Além de causar malformações fetais, pode também resultar em abortamentos (YAMAGUCHI et al., 2008).

O uso de álcool nos três primeiros meses de gestação deve ser evitado, pois essa substância pode estar associada ao aumento do risco de malformações, quanto maior o consumo, maior a probabilidade de prejudicar o feto. Em média, um terço dos filhos de mães dependentes do álcool são afetados pela síndrome alcoólica fetal (SAF) apresentando sinais de irritação, dormem e mamam pouco, além de apresentarem tremores (BRASIL, 2012). O feto e o recém-nascido têm dificuldade em liberar o álcool do organismo, pois o fígado ainda se apresenta em fase de amadurecimento (BRASIL, 2010).

De acordo com Abreu e Andrade (2005), a SAF não tem relação com quantidade de álcool ingerida. Daí a necessidade de orientar a abstinência para gestantes. Se ingerido no

primeiro trimestre, existe a associação com o crescimento fetal diminuído, baixo peso ao nascer e diminuição da circunferência cefálica. Quando a ingestão é feita no segundo e terceiro trimestre, há a associação com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor, assim como com alterações comportamentais, sociais e intelectuais na infância.

Os casos de descolamento prematuro de placenta, principalmente entre mulheres mais humildes e que vivem em lugares onde a qualidade de vida é precária e com pouca informação, frequentemente estão associados ao uso de drogas ilícitas, especialmente a cocaína e o crack (BRASIL, 2005). Abreu e Andrade (2005) apresentam dados de estudos que revelam taxas de deslocamento de placenta aumentadas em gestantes que bebem duas ou mais doses ao dia, podendo ocasionar aborto espontâneo e morte fetal.

A nicotina causa elevação do batimento cardíaco no feto, diminuição de peso, menor comprimento, além de alterações neurológicas, bem como aumenta o risco de abortamento espontâneo (BRASIL, 2012). De acordo com Peixoto (2004), embora as gestantes saibam sobre prejuízos que o tabaco causa, são poucas as que decidem por interromper o uso.

A cocaína atua no sistema nervoso central da mãe e do feto, resultando em vasoconstrição generalizada, taquicardia, hipertensão, cefaleia, arritmia, enfarte, descolamento de placenta, trabalho de parto prematuro, abortamento e redução do fluxo placentário, o que pode repercutir no crescimento e na oxigenação fetal (BRASIL, 2012). A maconha, entre as drogas ilícitas, é, possivelmente, a mais utilizada durante a gestação. Entretanto, por ser utilizada concomitantemente com outras substâncias, não existem muitas evidências dos efeitos deletérios que ela tem sobre o feto e as crianças de mães que fizeram uso, o que resulta em incerteza nas consequências provocadas (BARBOSA et al., 2011).

Faz-se importante que se ofereça às gestantes e aos acompanhantes orientações, bem como haja a construção conjunta de estratégias de prevenção ao uso, de forma a promover a diminuição das complicações (BRASIL, 2012). Durante as consultas de pré-natal e na educação em saúde, assim como em visitas domiciliares, os profissionais de saúde devem elucidar às gestantes os efeitos e as consequências do uso das SPAs para ela e para o conceito.

2.4 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E À PROBLEMÁTICA DAS DROGAS

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, volta-se para as mulheres em todos os ciclos de vida, levando em conta as especificidades das diversas faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres

negras, indígenas, de diferentes orientações sexuais, residentes em áreas urbanas e rurais ou de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, com deficiência, dentre outras). Congrega a perspectiva de gênero, raça e etnia e a diversidade na elaboração, execução e a avaliação das políticas de saúde, ultrapassando a restrição da saúde reprodutiva (REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS, 2008), ampliando assim a atenção à saúde da mulher.

Visando atender aos objetivos da PNAISM, o Ministério da Saúde lança, em 2005, o Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. O referido manual foi formulado com a finalidade de subsidiar a referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas em saúde, visando garantir uma atenção qualificada e humanizada, nos períodos pré-natal e puerperal para todas as mulheres de todo o país (BRASIL, 2005). Contudo, o manual não abordou a questão das drogas, principalmente as ilícitas, com a real magnitude do problema. Fez referência apenas à necessidade do questionamento quanto à dependência de drogas lícitas e ilícitas pela gestante e à realização de orientações sobre o risco do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas.

A expansão do consumo de drogas entre mulheres e as repercussões sociais e de saúde advindas dessa prática, certamente contribuíram para uma abordagem sobre o uso de álcool e outras drogas por gestantes no caderno de atenção básica-Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, elaborado pelo Ministério da Saúde, em 2012.

O manual ressalta a complexidade em lidar com o fenômeno, destacando a necessidade de os/as profissionais de saúde deixarem o julgamento de lado, atentando-se para o cuidado físico e psíquico, e para a saúde da mulher. Destaca, também, a necessidade da/do profissional compreender o espaço que a droga ocupa na vida da família e, especialmente, da gestante, avaliando subjetivamente o impacto da relação sujeito/droga e estimulando o cuidado de si e do outro. Ressalta, ainda, a importância da relação de confiança, a ser estabelecida entre gestantes, familiares e profissionais, criando-se um vínculo, para facilitar a identificação dos fatores de risco e buscar alternativas ao uso de drogas, tomando como referência a estratégia de redução de danos (BRASIL, 2012). Essa política trata dos fatores de risco, não incorporando a concepção da vulnerabilidade.

A visibilidade dada às drogas, especificamente com as gestantes, foi um avanço por deixar clara a necessidade de levar em conta as especificidades de cada uma e o contexto em que elas estão inseridas, de forma a promover um atendimento baseado na diretriz da integralidade.

A implantação de ações que conduzam uma assistência equânime deve ser embasada, especialmente, levando-se em conta as diferenças de gênero. É necessário agir de acordo com as especificidades individuais e dos grupos para enfrentar a problemática das drogas, para que, assim, a heterogeneidade dos sujeitos, em seus distintos contextos seja contemplada (OLIVEIRA; NASCIMENTO; PAIVA, 2007). Ao lidar com pessoas usuárias de drogas, é de fundamental importância considerar os determinantes sociais de saúde e desenvolvimento e as iniquidades existentes em torno do indivíduo, de forma a fazer uma abordagem integral, não se limitando apenas na substância e seus efeitos/consequências (WRIGHT et al., 2009).

O entendimento sobre as drogas, formas de utilização, dosagens, efeitos e danos, assim como a compreensão do porquê do uso, as terapêuticas, os fatores de risco, a população vulnerável e as políticas públicas, são essenciais para os/as profissionais que pretendem lidar com essa problemática (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004). A abordagem desses fatores permite a identificação de situações de vulnerabilidade. A ausência de habilidade e de sensibilidade dos/das profissionais de saúde em tratar dos problemas que têm relação com o abuso e dependência das drogas, levam a entender que as ferramentas tradicionais e as ações destinadas à promoção, à prevenção e ao tratamento, principalmente se tratando da atenção básica, não estão sendo suficientes para ajudar na resolução do problema, requerendo, assim, uma mudança tanto na formação quanto na qualificação dos profissionais, bem como nas estratégias de ação (OLIVEIRA; MACCALLUN; COSTA, 2010). Os(as) enfermeiros(as) são os/as profissionais da equipe de saúde que mantêm um maior contato com a população nos serviços de saúde, facilitando, assim, o reconhecimento dos problemas do envolvimento com as drogas (SPRICIGO; ALENCASTRE, 2004), o que os/as tornam essenciais para o enfrentamento da problemática.

Em 2003, o Ministério da Saúde formulou a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, em meio à necessidade de políticas públicas para o enfrentamento de problemas de saúde decorrentes da utilização das drogas. Essa política teve como um dos objetivos reduzir consequências do uso impróprio de SPA, e como diretrizes: a atenção integral à saúde de consumidores de álcool e outras drogas (prevenção, promoção e proteção); modelos de atenção psicossocial, como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e redes assistenciais; controle de entorpecentes e substâncias que produzem dependência física ou psíquica; e padronização de serviços de atenção à dependência química (BRASIL, 2004a).

Os CAPS álcool e drogas (CAPSad) utilizam como principal estratégia a redução de danos, que procura minimizar os danos físicos, psicológicos e sociais resultantes do uso de drogas, visando à reabilitação e à reinserção psicossocial de usuários(as) de substâncias

psicoativas, bem como atendimento a seus familiares. A expansão das instituições assistenciais de natureza governamental, em especial os CAPSad, pode proporcionar práticas de cuidados que sejam comprometidas com a perspectiva da redução de danos na saúde, bem como danos sociais, atuando conforme a necessidade singular dos(as) usuários(as), de forma a garantir a promoção dos direitos à cidadania desses (ALVES, 2009).

Os CAPSad oferecem atendimento diário, distribuídos nas modalidades não intensiva, semi e intensiva, de forma que possibilita o planejamento terapêutico dos usuário(as) de forma contínua e individualizada. Atuam em um determinado território, promovendo atendimento individual (orientações, medicações e tratamento psicoterápico, entre outros), atendimentos em grupo, realização de oficinas terapêuticas e visitas domiciliares, articulados com outras Unidades Assistenciais da Rede Básica de Saúde como o Programa de Saúde da Família (PSF) e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Unidades de Saúde Mental (hospitais-dia, ambulatórios, leitos em hospital-geral), assim como outros centros de suporte social disponíveis nas comunidades (BRASIL, 2004b).

Apesar de a referida política apresentar avanços em relação às ações de assistência para pessoas usuárias de drogas, não mostra ações específicas para as mulheres, sobretudo as gestantes. Estas, sejam elas usuárias ou companheiras de pessoas usuárias e/ou traficantes de drogas, apresentam situações específicas, que necessitam ser analisadas e contempladas na assistência. O atendimento às especificidades de cada gestante certamente reduzirá a vulnerabilidade das mesmas para agravos sociais e de saúde para a própria mulher e seu conceito.

Portanto na formulação da política, não foi dada visibilidade à problemática do envolvimento das gestantes com as drogas. Nessa pesquisa, quando falamos de envolvimento, estamos abordando não somente as usuárias, como já foi dito anteriormente, mas também as que convivem com pessoas usuárias, e, dentre elas, estão gestantes, que são companheiras de indivíduos, que podem fazer tratamento nos CAPSad, ou em outro dispositivo da rede de atenção psicossocial, e que necessitam também serem acolhidas, pois esse fenômeno também influencia na sua saúde, assim como pode estar desencadeando outras situações, como a violência, o que não é abordado na política. E mais delicada ainda é a situação de gestantes, que são usuárias de drogas e não fazem acompanhamento, e as que convivem com usuários(as) de drogas, que não fazem tratamento. Esses grupos não são contemplados na política.

A portaria 388/2011 ressalta que a Unidade Básica de Saúde é, também, um local de atendimento da Rede de Atenção Psicossocial e, diante disso, deve ser responsável pelo

desenvolvimento de ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas (BRASIL, 2011a). Ao ressaltar a importância da Unidade Básica nesse processo, abrange especialmente as gestantes que fazem acompanhamento pré-natal, que são usuárias de drogas, ou que possuem algum familiar, que é usuário.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Para identificar vulnerabilidades de gestantes envolvidas com drogas diante do contexto de vida, utilizou-se o referencial teórico da vulnerabilidade, devido à abrangência e importância do referencial, perante sua vinculação à saúde e aos problemas de saúde.

3.1 VUNERABILIDADES: CONCEITO, DIMENSÕES, USO NAS AÇÕES E EM PESQUISA DA ÁREA DE SAÚDE

Na saúde pública, o conceito de vulnerabilidade foi utilizado primeiramente associado ao contexto da epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse fenômeno motivou profissionais de saúde e pesquisadora(e)s a repensarem o conceito de risco e avançarem nas discussões sobre vulnerabilidade.

O surgimento da AIDS, no início da década de 80, século XX, gerou sentimentos de medo, dor, sofrimentos, mitos e preconceitos relacionados à doença e à pessoa com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Provocou, também, muitas discussões, pesquisas e preocupações para profissionais de diversas áreas do conhecimento, gestores de serviços de saúde e formuladores de políticas públicas de saúde. As primeiras descobertas e os casos notificados levaram à crença de que a AIDS era uma doença de homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, sendo esses considerados como ‘grupos de risco’. Essa consideração, a priori, gerou a ideia de imunidade ao HIV para pessoas que não estavam inseridas nestes grupos, a exemplo das mulheres casadas, monogâmicas, adolescentes, idoso(a)s (AYRES et al., 2006).

O autor afirma ainda que a disseminação do vírus entre pessoas que não faziam parte dos ‘grupos de risco’ levou à elaboração de outra denominação que abrangeu maior número de pessoas: ‘comportamento de risco’. Entretanto, essa também não se mostrou apropriada, pois limitava a responsabilidade apenas ao indivíduo. Tal classificação foi criticada pelos grupos envolvidos na prevenção da AIDS e, com o decorrer dos anos, o perfil da epidemia se modificou completamente, comprometendo grupos sociais com menor poder social, dentre eles, as mulheres, os/as negro(a)s, os/as pobres e moradores da periferia. Diante desse contexto, surge o conceito de vulnerabilidade como uma forma de compreender o processo de exclusão social como sustentáculo da disseminação do HIV e da expansão da AIDS.

O conceito de vulnerabilidade está associado à chance que cada e toda pessoa tem de se expor a determinado risco e/ou agravo. O adoecimento pelo HIV não é resultante de aspectos individuais somente, mas também coletivos, contextuais, que ocasionam maior susceptibilidade à infecção e ao adoecimento e, de maneira inseparável, menor ou maior disposição de recursos de todas as ordens para se proteger de ambos (AYRES et al., 2006).

Para Ayres et al. (2003, p.123), vulnerabilidade é um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”.

O conceito de vulnerabilidade, geralmente, não é entendido de forma clara, diferente de risco (situação a que se está exposto) e de perigo (evento que pode causar dano), os quais são prontamente identificados. É um adjetivo percebido como elemento das próprias estruturas da pessoa e do ambiente. Assim, é percebida como interna, constituinte do eu e do lugar, enquanto o risco e o perigo aparecem como externos à pessoa (MARANDOLA; HOGAN, 2006).

A vulnerabilidade envolve aspectos da susceptibilidade orgânica, individual, até a forma em que os programas de saúde se estruturam, levando em consideração aspectos comportamentais, culturais, econômicos e políticos. Considera, portanto, a exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de aspectos individuais, coletivos e contextuais, que aumenta a susceptibilidade ao adoecimento. Por isso, a vulnerabilidade está articulada em três eixos interligados: o biológico individual, o social e o programático/institucional. Por conseguinte, qualquer alteração em qualquer desses eixos acarretará em consequências aos demais (AYRES et al, 2003).

A dimensão individual parte do princípio de que todos os indivíduos são susceptíveis a agravos, leva em conta aspectos do modo de vida, assim como a qualidade da informação que eles possuem e a capacidade de transformar esse conhecimento de forma a preveni-los (AYRES et al., 2006). Abrange aspectos relacionados a características biológicas, pessoais (idade, raça, sexo, entre outros), ao desenvolvimento emocional, percepção do risco, bem como atitudes voltadas à adoção de medidas de autoproteção (NICHIATA et al., 2008).

A dimensão social considera a disponibilidade de recursos materiais, acessos aos meios de comunicação, escolarização e estrutura jurídica e política, assim como os enfrentamentos das barreiras culturais, entre outras (AYRES et al., 2006). Faz referência à estrutura econômica, às políticas públicas, em especial de educação e saúde, à cultura, à ideologia e às relações de gênero (NICHIATA et al., 2008).

A dimensão programática trata do desenvolvimento de ações institucionais, subsidiando os recursos sociais que as pessoas precisam para não se exporem aos agravos, especialmente em se tratando de saúde, educação, bem-estar social e cultural (AYRES et al., 2006). Faz alusão às políticas públicas de enfrentamento, às metas e ações propostas nos programas e organização e distribuição dos recursos para prevenção e controle de doenças e agravos (NICHIATA et al., 2008).

Com o incremento do conceito de vulnerabilidade, pode-se observar que existem outros fatores que interferem e, também, determinam a atitude e a conduta dos indivíduos, o que diminui ou amplia as situações de risco. Entre eles, estão o acesso ou não à informação, escola, serviços, programas de saúde e condições de vida digna (AYRES et al., 2006).

A vulnerabilidade é dinâmica e pode apresentar sazonalidades, pois sua avaliação passa pela compreensão dos eventos que causam o dano, do contexto geográfico e da produção social (as relações sociais, políticas, econômicas, culturais e a situação das instituições), que constituirão os elementos da capacidade de resposta, ajustamento e absorção que aquela sociedade ou lugar possuem para enfrentar o perigo. Qualquer alteração nesses fatores pode diminuir ou aumentá-la (MARANDOLA; HOGAN, 2006).

Utilizar o conceito de vulnerabilidade é importante para a pesquisa em enfermagem, pois está vinculada intrinsecamente à saúde e a seus problemas. Apesar de o termo ser empregado em enfermagem, eventualmente, não é adequadamente definido, de forma que não existe concordância sobre sua utilização e significado. Muitas vezes, apresenta o sentido da caracterização de indivíduos ou grupos que apresentam alguma deficiência, ou que estão expostos aos agravos, de forma que fazem referência à dimensão do indivíduo, enfatizando, poucas vezes, a dimensão social e programática (NICHIATA et al., 2008). No entanto, a vulnerabilidade está vinculada às diferenças individuais e às formas de lidar com elas, integradas às dificuldades ambientais e sociais. Assim, vê-se a complexidade da interação entre a predisposição individual à vulnerabilidade, o ambiente e a presença/ausência de estrutura social.

A mulher brasileira tem o estado de saúde agravado pela sobrecarga das responsabilidades com o trabalho doméstico e com as relações de trabalho, além da raça, etnia e situação de pobreza, que são variáveis, que também influenciam. Embora as estatísticas apontem expectativa de vida maior para as mulheres em relação aos homens, elas adoecem com maior frequência. A vulnerabilidade delas frente a algumas doenças e causas de morte está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que com fatores biológicos (BRASIL, 2006a).

A vulnerabilidade de homens e mulheres à AIDS, por exemplo, tem, entre outros fatores, a relação com a conformação biológica. Outra situação que aumenta a vulnerabilidade das mulheres é o retardo ou omissão do homem frente a um resultado positivo para doença, seja por medo do abandono da mulher e dos filhos, seja pela discriminação que possam vir a sofrer, o que resulta no aumento da vulnerabilidade das mulheres para a AIDS, fazendo-as descobrirem-se doentes mais tardiamente, de forma que a evolução dos sintomas se torna mais rápida (PAIVA, 2000).

Manter relação sexual sem adotar medidas de sexo seguro, bem como ter relação sexual com homens usuários de drogas, tornam as mulheres, sejam elas usuárias ou não de drogas, mais vulneráveis a diversos e múltiplos agravos sociais e de saúde, tais como a infecção pelo HIV e AIDS (OLIVEIRA; PAIVA, 2007). As relações de gênero levam à subordinação feminina, sobretudo na esfera da sexualidade. Convencer o companheiro a utilizar o preservativo, demanda das mulheres um processo de negociação difícil, principalmente quando se trata de um relacionamento fixo (PAIVA, 2000).

Em todas as sociedades, existem diferenças entre os papéis sociais exercidos por homens e mulheres. As atribuições de poder desiguais entre eles influenciam no acesso aos recursos e na autonomia para tomar decisões. Tais diferenças são desfavoráveis às mulheres, resultando em desigualdades que as prejudicam. As desigualdades de gênero estabelecem fatores, que estruturam as vulnerabilidades das mulheres (PAULILO; DAL BELLO, 2012), de forma que colabora para o desenvolvimento de enfermidades, agravamento de doenças pré-existentes, doenças psicológicas, assim como pode resultar também em morte (RISCADO; OLIVEIRA; BRITO, 2010).

Pimentel et al. (2011) realizaram uma pesquisa com o objetivo de compreender a percepção da vulnerabilidade à doença entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Nos discursos das entrevistadas, identificaram a relação entre os componentes individual e social da vulnerabilidade, à medida que demoraram a procurar atendimento por não possuírem informações suficientes sobre o câncer de colo de útero e/ou sobre a importância da realização do preventivo e, se tiveram essas informações, apresentaram dificuldade para incorporá-las no seu cotidiano.

De acordo com o resultado da pesquisa, os autores trazem que a educação em saúde mostrou-se deficiente para o grupo estudado, visto que elas não possuíam informações concretas sobre a prevenção do câncer, tais como periodicidade da realização do exame, sintomas e consequências. Foram identificados também componentes da vulnerabilidade programática, visto a fragilidade da mulher diante das atitudes do profissional, apresentando

dificuldade em questionar detalhes sobre a consulta e os exames, o que constatou deficiências no modelo da assistência, na humanização do atendimento e nas informações passadas acerca da prevenção e do controle do câncer.

A vulnerabilidade será determinada de acordo com um perigo ou um conjunto deles, em um determinado contexto geográfico e social, abarcando fenômenos de natureza multidimensional e multifacetada, tornando imperativo um olhar mais abrangente diante da temática. Portanto, ao proceder uma investigação, é essencial ter em mente o questionamento ‘vulnerabilidade a quê?’ bem como ‘onde e quem está/é vulnerável?’ (MARANDOLA; HOGAN, 2006). Nesta pesquisa, quem está vulnerável é a gestante, onde? No lar, nos serviços públicos, nos serviços de saúde, na comunidade, entre outros; vulnerável a quê? A doenças/infecções, a violência, a relações de poder, a questões de gênero, a falta de atendimento a saúde, a falta de informação, a falta de apoio institucional, a carência de políticas públicas, entre outros.

O conceito de vulnerabilidade pode ser empregado para compreender a situação de saúde de mulheres, uma vez que envolve questões de ordem social, individual e programática. Dessa forma, será empregado, buscando-se identificar as vulnerabilidades vivenciadas por gestantes envolvidas com drogas, avaliando os três componentes interligados: o individual, referente a questões pessoais, ao comportamento frente aos agravos e às práticas de saúde adotadas pelas gestantes; o social relacionado à estrutura da sociedade e do contexto em que essa gestante está inserida; e o programático ou institucional, associado à capacidade de resposta das instituições públicas às necessidades das gestantes. Ao utilizar o conceito de vulnerabilidade, pode-se abranger a atenção à gestante, diante da complexidade dos fatores inerentes a essa situação, valorizando um cuidado, que vai além do aspecto biológico (ABRUZZI, 2011).

É fundamental a inclusão do conceito de vulnerabilidade em pesquisas que tratam de problemas e de necessidades de saúde, tendo em vista a complexidade, sobretudo ao tratar do envolvimento das mulheres com as drogas. Portanto, compreende-se a necessidade de fazer investigações que apontem vulnerabilidades relacionadas às características sociodemográficas, à saúde sexual e reprodutiva, ao uso de drogas e às experiências das mulheres com as drogas em contextos de vida distintos.

Ao delinear a vulnerabilidade, é possível identificar as situações ou elementos que elevam o risco, formulando medidas preventivas que podem diminuí-lo, minimizando, assim, a vulnerabilidade para pessoas e/ou grupos populacionais, a exemplo das gestantes (MARANDOLA; HOGAN, 2006). Reduzir as vulnerabilidades das gestantes quanto ao

envolvimento com as drogas passa também por condições como acesso à informação e à educação, disponibilização de serviços de saúde de qualidade, redução das desigualdades de gênero, orientação sexual, raça, etnia e classe.

O conceito de vulnerabilidade tem sido empregado desde a década de 80 do século XX para reflexão e construção de ações voltadas para a prevenção do HIV/AIDS, e tem se concentrado em estudos que abordam esse agravo. Entretanto utilizaremos nesta pesquisa esse conceito atrelado ao envolvimento de gestantes com drogas diante do contexto de vida. Trata-se de uma inovação visto que tal conceito não é comumente utilizado em pesquisas que tratam do fenômeno das drogas. Porém, tendo em vista a necessidade de pesquisas que não se limite à questão biológica, ao abordar gestação e drogas, é que o traremos para ampliar a visão para além da questão biológica e física, ou seja, das consequências do uso de drogas para a mãe e o conceito. Dessa forma, o conceito ajudará a dar visibilidades a outras questões que envolvem o fenômeno das drogas e a gestação.

A vulnerabilidade leva em consideração a dimensão relativa ao indivíduo e o local social ocupado por ele. Ao propor outras perspectivas de abordagem, que vão além da ordem biológica, quais sejam a programática e a social, torna possível a integralização do diagnóstico da situação de saúde, possibilitando uma variedade de possibilidades de intervenção (SANCHEZ; BERTOLOZZI, 2007).

São imprescindíveis transformações nas práticas de saúde, de forma que as ações desenvolvidas estejam além do campo da prevenção de doenças e se configurem como estratégias para a minimização das vulnerabilidades, de forma a não fragmentar o cuidado e que sejam aplicados os princípios do atendimento integral, do acesso universal e da promoção da saúde das gestantes.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

A seguir, serão descritas as etapas de desenvolvimento da pesquisa, expondo-se o tipo de pesquisa, campo empírico, participantes, aspectos éticos e produção e análise de dados.

4.1 TIPO DE PESQUISA

Os dados apresentados nesta dissertação dizem respeito aos resultados produzidos pela entrevista semiestruturada aplicada para gestantes matriculadas em uma maternidade pública de Salvador. Caracteriza-se como do tipo exploratória e descritiva, que utilizou a abordagem qualitativa de acordo com os objetivos estabelecidos.

De acordo com Polit, Beck e Hungler (2011), o caráter descritivo tem como finalidade observar, descrever e documentar os aspectos da situação. E o exploratório, além de observar e descrever o fenômeno, investiga a sua natureza e outros fatores a ele relacionados. Nesse sentido, o caráter descritivo e exploratório permitiu aproximação entre a pesquisadora/participantes e a temática pesquisada, possibilitando o registro, a análise e a interpretação de situações de vulnerabilidades vivenciadas por gestantes envolvidas com drogas.

A abordagem qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que dizem respeito a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO; DESLANDES, 2002). Os referidos autores consideram, portanto, que a pesquisa qualitativa possibilita a compreensão das relações interpessoais e a revelação de significados e representações dos sujeitos, que não podem ser percebidas e captadas por meio estatístico.

4.2 CAMPO DE PESQUISA

A pesquisa foi realizada em uma maternidade pública na cidade de Salvador, estado da Bahia, pertencente à Rede Estadual de Saúde. A referida instituição foi inaugurada em 1959, destinada a prestar atendimento à população feminina, mais especificamente a mulheres grávidas. Além das ações assistenciais, desenvolve atividades de ensino em convênio com

universidades públicas e privadas. A unidade está inserida numa área territorial marcada por desigualdade social, com elevados números de favelas e bairros que possuem carências de serviços e de infraestrutura sanitária (ALMEIDA, 2005).

Essa instituição presta serviços nas especialidades de ginecologia e obstetrícia clínica e cirúrgica, neonatologia e unidade intermediária neonatal. Oferece consultas de pré-natal para adolescentes, gestantes de risco habitual, médio e alto risco, serviços de psicologia, planejamento familiar e consultas de enfermagem.

A escolha da instituição como campo de pesquisa foi pautada nos seguintes argumentos: a referida maternidade faz parte do programa nacional de saúde materna e neonatal do Ministério da Saúde e mantém convênio com a Universidade Federal da Bahia, sendo utilizada como campo de prática para diversos componentes curriculares do curso de graduação e pós-graduação em Enfermagem. Essas condições favorecem o acesso à direção e aos profissionais do serviço, assim como possibilita contribuir para a melhoria da assistência prestada com base nos resultados das pesquisas realizadas.

A pesquisa foi desenvolvida no ambulatório da referida Unidade, na qual são realizados atendimentos de ginecologia, pré-natal e planejamento familiar. De acordo com dados obtidos na unidade, mensalmente, são realizadas em média 270 consultas direcionadas para mulheres em idade reprodutiva. Os atendimentos são prestados por técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicas, nutricionista, psicóloga, fisioterapeuta e assistente social. Alunas de graduação e pós-graduação de enfermagem e medicina também participam dos atendimentos.

O ambulatório funciona em horário das 7h às 17h, da segunda à sexta feira. As consultas são marcadas por telefone, havendo prevalência de atendimento no turno matutino. A maternidade dispõe de laboratório próprio, sendo disponibilizada a realização de alguns exames de rotina do pré-natal.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida com oito gestantes devidamente matriculadas e em acompanhamento no pré-natal da maternidade durante o período de julho a dezembro de 2013. A aproximação e identificação das gestantes se deram mediante aplicação de um instrumento semiestruturado (APÊNDICE D), o qual fazia parte de um projeto de conclusão de curso, e foi elaborado, testado e aplicado pelo grupo de pesquisa. O instrumento era composto de 75 questões, distribuídas em três blocos de informações, que contemplavam

aspectos sobre: características sociodemográficas e de saúde reprodutiva; caracterização familiar; indicadores sociais e de saúde, assim como questões referentes ao envolvimento com drogas, as quais serviram para identificar as participantes da pesquisa.

A partir da identificação do envolvimento com drogas, as gestantes eram convidadas a participar de entrevista semiestruturada, em dia e horário agendado de acordo com a disponibilidade das mesmas. Nesse processo, foram marcadas e remarcadas várias entrevistas, sendo finalmente entrevistadas oito gestantes que atenderam aos seguintes critérios: ter idade acima de 18 anos; estar cadastrada no programa de pré-natal da unidade; e ter condições físicas e mentais de responder as técnicas de investigação.

Fatores como a temática abordada, a qual ocasionava receio em participar da pesquisa, a indisponibilidade das gestantes em participar da entrevista, sobretudo pelo tempo de espera para o atendimento na consulta previamente agendada. Ademais, o não comparecimento às consultas e entrevistas por falta de dinheiro para transporte e/ou greve de transporte urbano e/ou de profissionais da saúde-influenciaram na determinação do quantitativo de entrevistas.

4.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil para a apreciação pelo Comitê de Ética da EEUFBA, e aprovado com parecer de número 268.646 de 03.04.2013, CAAE 14393913.1.0000.5531. Foram seguidos todos os aspectos éticos conforme dispostos na Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as práticas em pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996), a qual era vigente na época em que o projeto foi submetido. Vale ressaltar que o projeto também está de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b).

A produção do material empírico foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da EEUFBA. Inicialmente, realizou-se contato com os profissionais que desenvolvem consultas de pré-natal no sentido de contribuir como facilitadoras do acesso às gestantes e na disponibilização do ambiente para atendimento individual, no momento da coleta de dados, possibilitando a privacidade. Nesse contato, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa, elucidando a pretensão de entrevistar as gestantes por ocasião do comparecimento das mesmas à consulta de pré-natal.

Em atendimento ao requisito da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça, todas as gestantes participantes foram informadas sobre os objetivos e a importância da pesquisa, assim como da garantia do sigilo, do anonimato, da privacidade e da

liberdade de participar ou não da pesquisa e da desistência em qualquer momento, sem prejuízos. Todas leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e a outra com a gestante. O sigilo e anonimato foram mantidos por meio de nomes fictícios, escolhidos pelas próprias entrevistadas.

Os dados coletados serão utilizados apenas para objetivos acadêmicos e científicos com divulgação em congressos, seminários e atividades afins e publicação em periódicos da área. Com a finalização da pesquisa, os mesmos ficarão de posse da pesquisadora por um período de cinco anos, podendo ser utilizados em outros estudos. Após esse período, o banco de dados será arquivado na sede do Grupo de Pesquisa Sexualidade, Vulnerabilidades, Drogas e Gênero, da Escola de Enfermagem da UFBA.

4.5 PRODUÇÃO DO MATERIAL EMPÍRICO

Após identificação das gestantes envolvidas com álcool e outras drogas, foi realizado contato via telefone, e as mesmas foram convidadas a participar de entrevista semiestruturada, guiada por roteiro previamente elaborado com perguntas norteadoras (APÊNDICE E).

Segundo Minayo (2004), a entrevista semiestruturada é um instrumento que permite apreender o ponto de vista da entrevistada, de acordo com os objetivos da pesquisa, mediante roteiros com poucos questionamentos, de forma que promove a ampliação e o aprofundamento da comunicação.

As entrevistas foram realizadas na Maternidade, no mesmo turno do atendimento das gestantes no pré-natal. As diversas atividades desenvolvidas na unidade ocupavam todos seus espaços, tornando difícil a liberação de uma sala/consultório para a realização da entrevista. As primeiras entrevistas foram feitas no auditório da instituição, o qual é diariamente utilizado para inúmeras atividades com discentes, gestantes e profissionais. As demais foram realizadas em um consultório, disponível em alguns poucos horários, no ambulatório. Os depoimentos foram gravados em equipamento digital, possibilitando captação de todas as informações prestadas pelas participantes e, posteriormente, transcritos na íntegra.

As entrevistas possibilitaram maior aproximação com as gestantes e formação de vínculo entre entrevistadora e entrevistada, visto que as mesmas foram realizadas em local privativo, permitindo a manifestação de sentimentos e reações de choro diante da temática abordada e das situações vivenciadas. A realização das entrevistas favoreceu também a compreensão, por parte da pesquisadora, da importância de conhecer o contexto de vida das

gestantes e reformular representações acerca da problemática das drogas, sobretudo, no tocante ao envolvimento das mulheres. Vale salientar que, a cada entrevista, realizada eram identificados elementos das dimensões da vulnerabilidade, os quais se somavam e passaram a se repetir, caracterizando a saturação dos dados.

4.6 ORGANIZAÇÃO E ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO

Os dados foram organizados seguindo as etapas da Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin (2011), e analisados adotando o conceito de vulnerabilidade como referencial teórico. A referida autora define AC como a união de técnicas de análise das comunicações com o objetivo de obter, por meio dos procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Conforme a técnica, seguiram-se as três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que são distintas, e ao mesmo tempo, interligadas. Nesta pesquisa, a fase de pré-análise constituiu da organização e seleção das entrevistas transcritas e de informações captadas nos formulários aplicados anteriormente às entrevistas, com sistematização das ideias visando ao alcance dos objetivos. A execução dessa etapa exigiu leituras seguidas e repetidas de todo material a ser analisado, para apropriação do conteúdo abordado, sendo destacados trechos das falas que se relacionassem aos objetivos propostos.

A segunda fase, denominada de exploração do material, constituiu-se de leituras repetidas para a identificação de pontos de similaridade e de discordâncias, unidades de contexto e categorias temáticas. Essa foi a fase mais difícil e demorada, pois as entrevistas foram submetidas a novas leituras de forma mais aprofundada e as falas foram selecionadas e organizadas em quadros de acordo com as temáticas em comum identificadas. Para facilitar o desenvolvimento dessa etapa, foram elaborados quadros, contendo informações similares e divergentes sobre um mesmo tema abordado.

Na terceira fase, foram reorganizados os quadros, de acordo com os temas identificados, devidamente preenchidos com falas das entrevistadas para facilitar a discussão e nortear a análise crítica e reflexiva dos dados. Nesse processo, foram identificadas quatro categorias temáticas: Envolvidas com drogas: “*Meu irmão é usuário, meu marido usa drogas, minha mãe... Usei álcool, cigarro...*”; Relações familiares: “*Meu pai não me criou... Conheci,*

mas pra mim é mesmo que nada...”; Interrupção do estudo: “Emprenhei e parei (de estudar)...”; Acesso ao pré-natal: “Fui a outras maternidades, só achei vaga aqui...”.

5 RESULTADOS

Na apresentação dos resultados, primeiramente serão descritas as características sociodemográficas das gestantes. Em seguida, serão apresentadas as categorias temáticas, evidenciando as situações de vulnerabilidade identificadas.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES

Os dados apreendidos sobre a caracterização sociodemográfica das participantes estão apresentados no Quadro I (Apêndice F), possibilitando compreender a afirmativa de que as gestantes entrevistadas estavam inseridas em um contexto socioeconômico susceptível a situações de vulnerabilidade.

A faixa etária das participantes variou entre 21 a 35 anos. A cor autodeclarada foi majoritariamente parda e preta, e a religião evangélica. Quanto ao nível de escolaridade foi registrada a predominância de nível fundamental e médio incompleto dos estudos. Essa condição repercute no desemprego e/ou subemprego das entrevistadas, resultando em pouca ou nenhuma renda pessoal. Nesse contexto, a maioria afirmou estar dependente economicamente de algum familiar e/ou companheiro/ex-companheiro.

Quando se trata da renda total da família, elas vivem num contexto econômico de baixa renda familiar, variando de meio salário até dois salários mínimos, o que reafirma a carência material e a necessidade de recorrerem ao serviço público para cuidar da sua saúde, visto que não dispõem de outros meios. E como auxílio nas despesas, 05 gestantes contavam com o benefício do Programa da Bolsa Família, fornecido pelo governo federal.

Os aspectos sociodemográficos apresentados, por si sós, caracterizam condições de vulnerabilidades individuais vivenciadas pelas participantes, as quais atreladas à gestação demarcam outras situações de vulnerabilidade.

5.2 VULNERABILIDADES VIVENCIADAS POR GESTANTES

A partir da organização dos dados empíricos, foi possível analisar os discursos das gestantes em quatro categorias temáticas, que evidenciam situações diversas de vulnerabilidade. As mesmas são descritas a seguir.

5.2.1 Envolvidas com drogas: *“Meu irmão é usuário, meu marido usa drogas, minha mãe... Usei álcool, cigarro...”*

Quando as gestantes foram questionadas sobre o consumo de SPA, todas se referiram ao consumo de álcool, maconha e/ou cocaína por familiares, companheiros, ex-companheiros e amigos(as) e cinco afirmaram fazer uso de álcool e tabaco. O consumo próprio e a convivência com pessoas usuárias de drogas sinalizam o duplo envolvimento com as drogas.

De um modo geral, foi observada mudança no tom da voz e na postura das gestantes ao comentar sobre o próprio uso. Nas falas, em nenhum momento, foi relatado o uso de drogas ilícitas por elas, mas essas substâncias surgiram nos discursos quando se tratava do consumo de SPA pelos familiares. Nesse sentido a descrição acerca do envolvimento indireto ocorreu de forma mais expressiva. Essa mudança de comportamento revela preconceitos, estigmas, medo em relação a essa conduta e o receio de julgamentos pela adoção da mesma.

A convivência com familiares (pai, mãe, irmão, irmã, filha, genro) usuários de drogas se deu em diferentes contextos de vida das gestantes. Trechos das entrevistas, apresentadas a seguir, revelam alguns desses momentos:

“Começou a usar de menor... ele (irmão) começava a amizade... amizade... começou a vender queijo... chegava tarde em casa... eu ficava falando e ele me xingava... que não era para eu me meter... E depois o pessoal começou a ficar dizendo que ele estava vendendo droga... nessa época eu estava fazendo faxina... Aí eu perguntava e ele dizia que era mentira... e aí foi se envolvendo... pensar que não até hoje, usa maconha, cocaína e bebe” (Patrícia, E1).

“Meu pai não mora com minha mãe, ele é usuário de crack” (Larissa, E5).

“Foi ela (irmã) que criou a gente... Ela era a mais velha... Mataram ela... É outra parte que eu não gosto de falar... Era muito agressiva... batia muito na gente... Quando ela bebia... quando ela estava drogada (usava crack) ... Era direto... ela... maltratava a gente. Eu morei com ela até engravidar da minha filha mais velha, quando eu tinha 15 anos... Aí foi que ela ficou pior... Ela começou a vender as coisas do próprio marido dela. Ele era bem de vida... Contando assim ninguém nem acredita... Ela destruiu o patrimônio dele...” (Beatriz, E4).

“O marido de minha menina utiliza maconha e cocaína. Ah, ele usa todo dia, já chegou a traficar. Ele começou a usar droga aos 09 anos. “A minha filha não usa cocaína, mas usa maconha. Usava os dois juntos, entendeu? Usava todo dia, sempre os dois fumava, ia pro mato fumar. (...) A mais velha chegou usando, mas não usa mais” (Maria, E3).

“Muitas brigas! Só tinha briga dentro de casa quando ela (mãe) bebia” (Marlení, E8).

Os relatos evidenciam a convivência das gestantes com pessoas usuárias de drogas no contexto familiar. Essa situação se reproduz quando ela busca novos relacionamentos e passa a conviver com companheiros, que também adotam tal conduta, conforme mostram os trechos dos discursos das entrevistadas:

“Ele (companheiro) usa tem 5 anos... quando eu voltei com minha menina, a segunda... ele já usava, no caso então baseado na idade da minha filha ele tem uns 5 a 6 anos que usa... Usa sempre que acha né, sempre que acha, não rejeita né, é como chocolate você só não come se não tiver dinheiro e ninguém der, mas se alguém der ou ele tiver dinheiro, ele usa...” (Larissa, E5).

“Eu já tinha percebido que ele (companheiro) estava usando cocaína... porque é o pó branco... né isso?... Aí ele usava... e aí... eu disse: você está usando droga... aí ele disse não... eu disse você está usando... você está usando e nem sabe mentir... E o cheiro de maconha dentro de casa, quando ele voltava do trabalho... no banheiro... Olha eu percebi isso, tem mais ou menos uns 9 (meses)...” (Índia, E2).

“É desde a adolescência que ele (companheiro) usa... já usava quando o conheci... Aí ele conversou comigo... Aí eu fiquei sempre dando conselho a ele pra ele ir parando. As vezes, era todo final de semana (uso de maconha e cocaína), as vezes a semana inteira. Aí depois passou a ficar nos finais de semana, uma vez ou outra, mas estou tentando vê se ele sai dessa vida... Agora mesmo ele faz mais escondido de mim, na minha cara ele não faz não...” (Maria, E3).

“Oh, até então, quando eu vim descobrir mesmo que ele estava usando, eu estava gestante de 04 meses, aí descobri, aí eu não quis mais nada com ele. Eu falei: você para pra ficar comigo ou você continua. Desde 4 meses, 4,5 meses, eu não quis mais nada com ele. E aí ele foi viver a vida dele e eu fui viver a minha. Quando eu descobri, era só maconha. Só que aí depois eu vi umas barra branca, meu irmão falou que ali era pó. Eu não entendia muito disso. Aí também fiquei com medo” (Marlení, E8).

De acordo com os relatos, os companheiros faziam mais comumente uso de maconha e cocaína, e o uso dessas substâncias se dava às escondidas, retratando uma conduta social e juridicamente condenada. A adoção dessa conduta pelos companheiros gerava sentimento de medo para as gestantes, caracterizando um fator de vulnerabilidade individual.

Os relatos reafirmam a influência do consumo de substâncias psicoativas no padrão comportamental da família e da sociedade, conforme apontado por Silva, Machado e Silva (2011). Segundo Caputo e Bordin (2008), o consumo de substâncias psicoativas ilícitas por familiares que residem no domicílio predispõe a gestação na adolescência, independente de outros fatores como idade da genitora na primeira gravidez, à utilização inadequada de

métodos contraceptivos e baixa escolaridade. Essa situação está condizente com a condição das entrevistadas, as quais revelaram engravidar pela primeira vez durante a adolescência.

A vulnerabilidade envolve, dentre outros aspectos, o modo de vida. Nessa perspectiva, a gravidez associada ao uso de drogas por familiares constituem fatores de vulnerabilidade. Vale lembrar que o tipo de droga, o tempo de uso, a pessoa que usa e as relações que se mantêm com o usuário podem repercutir em diferentes situações de vulnerabilidades. As ações de enfrentamento para essas situações vão depender da percepção de risco e do desenvolvimento emocional de cada pessoa. De acordo com Ayres (2006), a percepção de risco e o desenvolvimento emocional são considerados elementos da vulnerabilidade individual.

No contexto de vida das entrevistadas, a convivência com pessoas usuárias de drogas constituiu um fator de vulnerabilidade individual. De acordo com Mombelli, Marcon e Costa (2010), pessoas envolvidas no consumo de SPA estão em situação de risco e podem ocasionar conflitos familiares, agressividade, criminalidade, dentre outros. Essa situação é retratada no discurso das entrevistadas.

Contudo, é necessário lembrar que o consumo de drogas prejudicial ou não, é consequência de vários fatores, dentre eles, desigualdades sociais. Portanto, mesmo compreendendo que o consumo de drogas é um fator de vulnerabilidade individual e social, não se pode responsabilizar apenas a essa conduta, situações de desestrutura familiar, quebra de vínculos afetivos e familiares e situações de violência. Essas situações também são apontadas como causa para o consumo de drogas.

Para as gestantes, o consumo de drogas por familiares e/ou companheiro gera enfraquecimento dos vínculos familiares e a vivência de situações de violências no contexto familiar e conjugal. Os relatos, a seguir, evidenciam a vinculação do uso de SPA com situações de violência.

“Meu irmão é usuário de drogas, quando ele tinha dezessete anos ele já me agredia... A primeira vez ele ia meter a faca... num sei se estava drogado... falou: ah! eu quero dinheiro você vai ver... quando eu dei as costas... eu peguei e dei as costas... ele saiu com uma peixeira pra cima de mim... ai o tio dele que é cristão viu... ai saiu correndo e tomou a frente... quando eu virei ele estava com a faca... foi a primeira vez quando ele ainda era de menor... ai essa outra segunda, foi lá no Marotinho, que ele também puxou a faca, ai minha filha tomou a frente... eu sai correndo e entrei dentro de uma igreja... e essa última foi em casa que ele ia meter uma marreta de ferro em mim... ele bota gente dentro da casa pra usar droga também...” (Patrícia, E1).

“De alguns meses pra cá ele (companheiro) começou a fazer essas coisas... Ah, xingava, sempre ficava me diminuindo... ficava dizendo que era pra eu me cuidar... que eu estava ficando feia... nunca me agrediu... E aí... resolveu ir embora assim do nada... ninguém sabe o porque... nem os irmãos sabem... e foi embora...” (Índia, E2).

“O dia todo, que ele maltrata meu filho, os dois né, ele maltrata, ele quer bater, o tempo todo discussão, o tempo todo briga. Depois diz que parece que é veado, aí só palavrão. Chama de burro, é o tempo todo assim acusando: você é um burro, você é um burro. Aí são palavras que muitas vezes maltrata. Não é só pancada né?... (Larissa, E5).

Levando em consideração que o conceito de vulnerabilidade está associado à chance que cada pessoa tem de se expor a determinado risco e/ou agravo, fica evidente nos relatos que a convivência com pessoas usuárias de drogas é um fator de vulnerabilidade para as entrevistadas.

A violência contra mulher é uma problema de saúde pública no Brasil. De acordo com dados da Fundação Perseu Abramo (2011), para cada cinco mulheres brasileiras, uma afirma ter vivenciado pelo menos um episódio de violência perpetrado por um homem, sendo em 80% dos casos o companheiro o autor da violência. Para Rabello e Caldas Júnior (2007), a chance das mulheres sofrerem violência é sete vezes maior quando possui algum familiar usuário de drogas. No estudo dos referidos autores, o consumo diário de drogas proporciona um risco maior de agressão.

Ainda com relação à vinculação da violência e do consumo de drogas, Marinheiro, Vieira e Souza (2006) constataram, em estudo realizado com 265 mulheres que procuraram atendimento ginecológico em um centro de saúde distrital de Ribeirão Preto, que das mulheres cujos companheiros eram usuários de algum tipo de SPA, 80% sofreram violência, enquanto entre as mulheres que conviviam com companheiros não usuários, 44,6% sofreram violência.

No Brasil, em meados do ano de 2003, foram criadas políticas públicas para o combate da violência contra a mulher. Dentre elas, é sancionada a Lei 10.778, instituindo a notificação compulsória para a violência contra a mulher em todo território nacional, tanto nos serviços de saúde públicos, quanto nos privados (BRASIL, 2003). Em 2006, foi aprovada a Lei Nº 11.340 - Lei Maria da Penha, definindo a violência contra a mulher como um crime específico, além de criar mecanismos para coibição, indicando algumas providências a serem tomadas, assim como identificando os tipos e expressões de violência (BRASIL, 2006b).

Apesar das políticas públicas de enfrentamento contra a violência, as mulheres ainda estão vulneráveis, principalmente no que tange à violência conjugal, por questões socioculturais e de gênero, caracterizando a vulnerabilidade social.

Na tentativa de atenuar as situações de violências e o consumo de drogas por familiares, as gestantes revelaram recorrer à religião. De acordo com os discursos, a religião caracteriza-se como uma forma de enfrentamento, conforme relatos a seguir.

“Depois que ela (mãe) aceitou Jesus, aí a gente tomou rumo, aceitou Jesus em casa, e aí melhorou. Parou de beber, parou de fumar” (Marleni, E8).

“Só tenho um irmão que usava droga. Ele utilizava pó, só que agora ele é evangélico e não usa mais” (Maria, E3).

Para Sanchez e Nappo (2008), a religiosidade, independente da religião escolhida, promove a recuperação da dependência de SPA, diminuindo os índices de recaídas pela elevação do otimismo, suporte social e diminuição da ansiedade e stress. Os referidos autores assinalam que a escolha da religião como apoio para recuperação, é justificada pela gratuidade e atendimento imediato. Afirmam ainda que o envolvimento com a religião proporciona recursos sociais para reestruturação pessoal por meio da formação de novas redes de amizade, ocupação do tempo livre, realização de trabalhos voluntários, acompanhamento “psicológico individualizado” e valorização das potencialidades individuais sem julgamentos, promovendo a abstinência do uso de drogas.

O contexto de vida das entrevistadas predispõe as mesmas ao consumo de SPA, seja pelo uso de familiares e companheiro, seja pelas situações de violências, ou ainda pelas condições socioeconômicas de sobrevivência. O consumo de drogas pode até ser adotado como uma forma de enfrentamento. Quando questionadas sobre o próprio consumo de drogas, embora tenham sido registradas mudanças no tom de voz e postura, a maioria das entrevistadas citou uso de substâncias psicoativas em algum momento na vida. Contudo, não foi citado consumo de substâncias psicoativas ilícitas, conforme mostram trechos dos relatos a seguir:

“De vez em quando assim finais de semana em festa... uma cerveja.” (Patrícia, E1).

“Cigarro, logo no começo porque eu estava aprendendo a fumar, eu fumava todo dia, eram duas carteiras por dia, fumava assim bastante... eu comecei a beber também...” (Maria, E3).

“Bebia não... só fumava.” (Beatriz, E4).

“Usava álcool em festas, quando tinha aniversário, essas coisas” (Larissa, E5).

“Usei álcool, uma vez...” (Marleni, E8).

Quando se tratou do uso próprio, as gestantes citaram apenas o consumo de substâncias lícitas, quais sejam o álcool e cigarro. Mesmo quando eram questionadas quanto ao uso em qualquer momento da vida, que não fosse apenas durante a gestação, as mesmas apresentavam dificuldades em relatar o uso e, em nenhum momento, fizeram referência às drogas ilícitas. Porém o contexto de vida evidenciado nos permite pressupor na possibilidade do uso de outras substâncias. Mas, diante das implicações legais e do preconceito, permeia situação da negação.

O consumo de SPA tem-se iniciado durante a adolescência, como pode ser visualizado no discurso de Maria:

“Era uma colega de trabalho que estava me ensinando... aí comecei a fumar... mas... eu estava com 14 anos também... Aí minha mãe não aceitou não... me bateu... aí por respeito a ela... eu parei... Fumei uns 6 meses por aí... Não chegou nem a um ano... Bebida... Tinha dia que era todos os dia... tinha dia que não era todo dia... era só quando eu saía do trabalho... Comecei a beber com essa idade aí mesmo... Com 13... De 13 pra 14 anos... que foi quando eu saí de dentro de casa...” (Maria, E3)

As mudanças na postura e a revelação do consumo de drogas, limitado as substâncias psicoativas lícitas, revelam receio das entrevistadas de serem julgadas ou discriminadas pela conduta adotada. Ser mulher e estar grávida são condições que impõem às mulheres a adoção de padrões de comportamentos socialmente estabelecidos que favoreçam a sua saúde e a do ser que ela está esperando. Diante dessa condição, torna-se mais difícil elas abordarem a temática das drogas, visto que permeia uma situação de condenação para as que assumem tal posição.

As gestantes citaram o uso de SPA durante a gestação, como pode ser visualizado nas falas a seguir:

“Pra falar a verdade até hoje de vez em quando eu bebo cerveja... Mesmo depois de grávida... As vezes sei lá... quando dá agonia... muito problema na cabeça.. Aí eu vou e bebo um pouco só pra distrair... Sei lá... pra esquecer as coisas... Cerveja... só... Muita preocupação, muito estresse... eu procurava algo pra poder conseguir passar a noite... sei lá eu conseguir

dormir... Porque eu não conseguia dormir direito... era muita preocupação...” (Maria, E3).

“Droga não... agora beber... de vez em quando assim finais de semana em festa... uma cerveja... beber eu estava bebendo no começo... no começo da gravidez... Estou tomando remédio ai agora não dá mais... Eu acho que já tem um mês... (que parou de beber)” (Patrícia, E1).

“Agora na gravidez... De vez em quando... Eu fumo...” (Beatriz, E4).

Conforme foi revelado pelas entrevistadas, a gestação por si só não constituiu motivo suficiente para interrupção do consumo de droga. No caso das gestantes, a interrupção se deu mediante o diagnóstico de uma patologia, que exigia o uso de drogas medicamentosas, sendo incompatível o tratamento com o uso de álcool.

Os relatos das entrevistadas evidenciam a representação das drogas associada apenas às substâncias psicoativas ilícitas. No senso comum, o álcool e o tabaco não são considerados drogas. Essa ideia parece de alguma forma amenizar o preconceito e a culpa pela adoção de uma conduta socialmente condenada para homens e mulheres, mas, sobretudo para gestantes. Essa resistência para comentar sobre o próprio consumo de drogas devido à condenação da sociedade frente a essa conduta também foi citado por Ricci (2008c).

Vale lembrar que o consumo de drogas não é resultante apenas de aspectos individuais, mas também coletivos, contextuais, que ocasionam maior susceptibilidade, a depender também de menor ou maior disposição de recursos de autoproteção, de todas as ordens.

Segundo Moraes e Reicheinheim (2007), a alta prevalência de uso inadequado de álcool, sem identificação no pré-natal, e sua associação a outros fatores de risco para desfechos deletérios na gravidez, tornam-se um importante problema de saúde pública, e diante disso, merece ser rotineiramente rastreada durante o acompanhamento de pré-natal. Em pesquisa realizada com 537 gestantes, os referidos autores identificaram que 40% das entrevistadas utilizavam cerveja com grande frequência. Salientam, contudo, que esse número não corresponde à realidade, frente à situação que muitas ainda não verbalizam a realidade.

Yamaguchi (2008) ressalta que a identificação do uso de drogas pode ser realizada durante a anamnese, no acompanhamento pré-natal, porém isso nem sempre acontece. Para o referido autor, a detecção do consumo de drogas durante a gestação ocorre mais comumente durante a investigação de infecções como a hepatite e o vírus HIV.

Nobrega e Oliveira (2005) ressaltam que a mulher que consome bebida alcoólica carece de atenção especial dos profissionais de saúde e familiares, tanto nos aspectos emocionais e na promoção da autoestima, como nas alterações clínicas. Essa afirmativa toma significância para a pesquisadora com o desenvolvimento da presente pesquisa. Nesse contexto, concordamos com Moraes e Reichenheim (2007) ao afirmarem que o acompanhamento pré-natal torna-se o momento mais oportuno para detectar o envolvimento das gestantes com as drogas e outras situações de risco pela maior ocorrência de comparecimento da mulher aos serviços de saúde.

Saber em que contexto e com que frequência as substâncias são utilizadas é importante para orientação de medidas de prevenção e redução de danos. Em estudo realizado com 20 gestantes, Fiorentin e Vargas (2006) constataram conhecimento limitado dos efeitos da bebida alcoólica sobre o feto. Apenas uma referiu algum conhecimento sobre os efeitos das drogas para a mulher e seu conceito. Todas afirmaram não ter recebido orientações sobre álcool e outras drogas no acompanhamento pré-natal.

Os dados apresentados nessa categoria evidenciam formas distintas de envolvimento das mulheres com as drogas e assinalam situações de vulnerabilidade pelos envolvimento mantidos, os quais estão entrelaçados com outros aspectos do contexto de vida de cada pessoa. Fica evidente, também, a importância do acompanhamento pré-natal como uma oportunidade de identificação dessa conduta e de ajuda para adoção de medidas de prevenção a danos e agravos sociais e de saúde para mulher e seu conceito.

5.2.2 Relações familiares: *“Meu pai não me criou... Conheci, mas pra mim é mesmo que nada...”*

As informações apresentadas nesta categoria discutem aspectos e situações relacionadas ao contexto familiar das entrevistadas, uma vez que essa condição foi enfatizada no discurso das mesmas.

Meu pai não me criou. Meu pai separou da minha mãe quando ela estava grávida. Minha mãe morava no interior. Minha mãe me criou, depois com 11 anos me colocou para fora quando engravidei. Eu morava perto, mas ela não queria saber de mim, fazer o que?” (Patrícia, E1).

“Porque minha mãe nunca me aceitou, nunca me criou, desde quando eu nasci ela me deu. Minha família é muito desunida, é cada um por si e Deus por todos, ninguém quer saber de ninguém. O contato com meu pai é muito

pouco, muito, muito pouco, e quando eu tenho é por telefone. Meu pai mora na calçada, mas só que ele é usuário de crack” (Larissa, E5).

“Não tenho vivência com ele (pai) assim não. Conheci, mas pra mim é mesmo que nada.” (Maria, E3).

“Meu pai morava no interior e minha mãe já tinha falecido, quando engravidei morava com minha irmã e com meu cunhado.” (Beatriz, E4).

Os arranjos familiares apresentam-se como um elemento que afeta a vida das entrevistadas. Além da ausência da figura paterna, o abandono pela mãe, levando a criação por outros membros da família, a gravidez na adolescência, seguida de expulsão de casa, pai usuário de SPA ou, ainda, a condição de ser filha de uma traição do pai se constituem em elementos da dimensão individual da vulnerabilidade. Esses elementos se encontram fortemente entrelaçados e somam-se a outros preexistentes e/ou resultantes desses, demarcando novas situações de vulnerabilidade para as gestantes, a exemplo da escassez de recursos financeiros, baixo nível de escolaridade e de acesso a informações, gravidez, fragilidade dos vínculos afetivos e envolvimento com drogas.

Segundo Petrine (2003), ainda que apresente uma diversidade de formas, adquiridas ao longo do tempo, a família é considerada como o alicerce da sociedade. É a primeira instituição social do ser humano, responsável pela formação de vínculos afetivos e sociais, bem como os recursos materiais imprescindíveis ao desenvolvimento e bem-estar dos seus membros (GOMES; PEREIRA, 2005). Segundo Silva, Machado e Silva (2011), o não convívio familiar altera as relações familiares, gerando enfraquecimento dos vínculos e desestruturação.

De acordo com os relatos das entrevistadas, a gravidez na adolescência ocorreu como consequência de desestruturação no contexto familiar. Por sua vez, a gravidez ocasionou a expulsão do convívio familiar e demarcou vários enfrentamentos para as participantes, conforme mostrado nos relatos abaixo:

“Minha família me colocou para fora logo. Eu com 11 anos, fui morar com o homem porque engravidei. Na casa da mãe dele, era o paraíso, oh Jesus! (risos), Comi o pão que o diabo amassou... Já viu sogra prestar? Todo mundo queria mandar em mim, achavam que tinham de me agredir” (Patrícia, E1).

“Porque eu engravidei, minha avó tinha vergonha pra os outros não vê. Aí na casa dela ela não deixou eu ficar, minha mãe também não deixou, aí eu ficava assim uma pessoa me ajudava hoje, amanhã dormia ali, depois dormia ali, aí outro dia não tinha onde ficar, ficava na rua” (Larissa, E5).

Os relatos acima descritos mostraram situações que caracterizam condições de vulnerabilidade, quais sejam: morar em situação de rua, vivência de violência praticada não somente pelo companheiro, como também por membros da família dele. Essas condições retratam, dentre outros aspectos, a desestruturação dos vínculos familiares e afetivos, que conduzem à vivência de situações de vulnerabilidade social por essas gestantes. Essas situações mostram a integração entre elementos da dimensão individual e social da vulnerabilidade.

A ausência da figura paterna é reproduzida na vida das entrevistadas, mediante a vivência de gravidez sem acompanhamento do companheiro. O ciclo se repete e essas mulheres, agora mãe, enfrentam novas situações dentro do contexto de vida desfavorável financeira e emocionalmente. Os relatos a seguir retratam a repetição do abandono da figura masculina, na condição de pai:

“O segundo (companheiro) não convivo não. Porque ele tem outra família (risos)” (Patrícia, E1).

“Infelizmente ele (pai do filho) foi embora. Acho que tem uns 4 a 6 meses. Ele não era daqui. A gente teve um relacionamento de 06 anos. Aí agora foi que engravidei, aí ele foi embora, não me disse que iria, alisou a barriga, conversou com a barriga e foi embora. Depois eu fiquei sabendo que ele estava lá com outra pessoa, nem bem tinha um mês e ele já estava lá com outra pessoa. E ele ficava sempre dizendo que não estava com ninguém, me xingava por telefone, não retornou” (Índia, E2).

“Separei, desde fevereiro, estávamos juntos há 13 anos. É porque ele arranhou outra pessoa” (Beatriz, E4).

“Ele não ficou comigo quando eu engravidei (a primeira vez), não ficou” (Larissa, E5).

O abandono do companheiro remete às mulheres a responsabilidade pela criação dos filhos. Essa situação tem origem em construções sociais e culturais que determinam papeis e funções para homens e mulheres. Nesse contexto, cabe às mulheres o cuidado com os filhos, independente de conviverem ou não com o parceiro.

Esse novo arranjo familiar, no qual essas gestantes estão inseridas, é semelhante ao que foi vivenciado por suas mães, as quais também não possuíam o apoio de seus companheiros na época, o que permeia uma reprodução do que foi vivenciado. As situações vivenciadas pelas entrevistadas refletem em atitudes com seus filhos, gerando um ciclo de desequilíbrio emocional, conforme mostra trecho do relato a seguir:

“Eu não bato, eu não maltrato, mas também não sou amorosa, não demonstro carinho. Eu amo, mas eu não mostro amor, eu não consigo, eu não consigo pegar pra dar um beijo, pra dar um abraço, pra dizer um te amo. Eu amo com todas minhas forças, mas eu não consigo demonstrar. Minha forma de amar é: não batendo, é não maltratando. A pessoa também tem que me entender, porque devido o tanto como eu sofri, se eu pegar pra dar uns tapas, já acho que já to espancando, aí já não quero nem tocar a mão. Eu prefiro não bater, eles são carinhosos comigo, mas, eu não retribuo não” (Larissa, E5).

O bloqueio da expressão física do amor que sente pelos filhos é consequente do processo de vida da entrevistada. Seu discurso mostra um sofrimento duplo, marcado pela falta de afeto recebido e pela dificuldade de repassar afeto para os filhos. Segundo Gomes e Pereira (2005), a ausência ou interrupção dos vínculos ocasiona sofrimento e conduz a pessoa à descrença de si mesma, a falta de confiança e baixa autoestima. Essa descrença repercute ainda na possibilidade de amar e de ser amado, congregando uma emoção desagregadora.

O contexto de vida das entrevistadas é marcado por desigualdades sociais, abandono familiar, que geram dentre outras reações desequilíbrios emocionais. Na leitura e interpretação dos seus discursos, não foi visualizada nenhuma forma efetiva de enfrentamento para a quebra da reprodução desse ciclo. Todas se mostravam desconfortáveis com a situação enfrentada e reproduziam um discurso de vitimização, fortalecendo o surgimento de novas e repetidas situações de vulnerabilidade, a exemplo da gravidez.

5.2.3 Interrupção do estudo: *“Emprenhei e parei (de estudar)...”*

As informações apresentadas nesta categoria discutem a interrupção dos estudos em decorrência da gravidez na adolescência e, como consequência, a condição de dependência financeira total ou parcial das entrevistadas. Para melhor compreensão dessa vinculação, serão reapresentadas algumas características sociodemográficas das entrevistadas.

Engravidar na adolescência resulta em início precoce da vida adulta e necessidade de amadurecimento, de enfrentamento de situações com as quais a adolescente ainda está despreparada para lidar.

De acordo com os discursos das participantes, a ocorrência da gravidez na adolescência foi um fator preponderante para interrupção dos estudos. Dentre as participantes, a maioria declarou não ter concluído o nível médio de escolaridade devido, sobretudo, à

gestação na adolescência, antes dos 17 anos. O nascimento de filho implicou em cuidados com a criança, casa e com companheiro, dificultando a saída das mulheres para atividades de lazer, trabalho e/ou educação.

Para as entrevistadas, a interrupção dos estudos se deu em decorrência da gravidez na adolescência. Essa condição está vinculada a várias demandas, como, por exemplo, ações de cuidado com casa e filhos, que exigem esforços físicos e responsabilidades que sobrecarregam a mulher. Essa nova situação mostrou-se incompatível com a atividade de estudar, conforme mostram os trechos abaixo:

“Estudei até oitava, por causa das crianças. Engravidei com 15 anos aí tive que parar. (...) Trabalhava fazendo bico, mas de carteira assinada não. Fazia faxina e trabalhava com uma senhora lá vendendo na praia. Estou sem trabalhar por causa da gravidez. Porque ninguém quer dar nada pra ninguém fazer grávida” (Beatriz, E4).

“Estudei até a oitava.. porque tive dois filhos...” (Larissa, E5).

“Segundo ano do segundo grau incompleto... Incompleto, ih... eu não ia pra escola, emprenhei e parei... Larguei a escola, não aguentei...” (Isadora, E7).
“Trabalho pra mim mesma, na praia. Vendia amendoim aí saí e, agora to vendendo ovo de codorna. Mas, esses tempos eu não estou indo por contar da barriga...” (Patrícia, E1).

As entrevistadas Beatriz e Larissa declararam estar desempregadas e não ter ocupação remunerada definida. Apenas uma delas tem carteira assinada, mas encontra-se afastada do trabalho devido ao estado gestacional. Nessas condições, afirmaram depender financeiramente do genitor da atual gestação e auxílio Bolsa Família, oferecido pelo Governo Federal, sobrevivendo em condições de pobreza.

A maioria das participantes, no momento da entrevista, não estava trabalhando seja pela gravidez ou por outras situações relatadas. As que estavam trabalhando têm empregos de baixa remuneração e reconhecimento, que não necessitam de muita qualificação profissional. Essa situação remete à vulnerabilidade social, pois estão economicamente desestruturadas, a maioria com, no mínimo, dois filhos, e com renda familiar em torno de, no máximo 02 salários mínimos, sendo que algumas vivem com menos de 01 salário mínimo.

A gestante Isadora, embora também tenha interrompido os estudos em decorrência da gestação, não completou o segundo grau, trabalha como atendente de Call Center.

Demonstrou orgulho de informar ser totalmente independente do companheiro. Vive com renda familiar de dois salários mínimos e auxílio Bolsa Família.

Engravidar na adolescência resulta em início precoce da vida adulta e necessidade de amadurecimento, de enfrentamento de situações com as quais a adolescente ainda está despreparada para lidar. Vinculada à ocorrência da gravidez na adolescência, a imposição do parceiro para a gestante manter-se no contexto domiciliar, realizando as funções de cuidadora do lar, foi outro fator que contribuiu para o abandono escolar das entrevistadas. O relato, a seguir, mostra tal situação:

“Tive que parar porque ele disse: você não vai mais estudar. Ai tive que parar. Aí veio filho, tive que cuidar do filho, não pude mais voltar para a escola. Estava na oitava.. ficava em casa... cuidando do filho, das roupas dele, da comida...(..).Sustento? É a minha família que me sustenta. É tipo assim, as refeições tenho que fazer na casa de meus pais..” (Índia, E2).

Índia declarou ter ensino médio incompleto, não trabalha, recebe Bolsa Família. Mora com filhos em casa de familiares, dos quais depende financeiramente. Tem 35 anos, dois filhos e se autodeclarou ser da cor preta. Mantém-se fazendo as atividades no âmbito doméstico, sem remuneração e reconhecimento social e familiar.

A imposição do parceiro e a obediência da entrevistada retrata a subordinação das mulheres aos homens, historicamente construída. Embora muitas mudanças econômicas, políticas e sociais tenham ocorrido, proporcionando às mulheres alcançar outras esferas da sociedade, essa concepção ainda se reproduz. Essa situação se caracteriza como elemento das dimensões individual e social da vulnerabilidade.

Além dos motivos já apresentados para o abandono dos estudos, foi apontado também o sentimento vergonha pela gravidez na adolescência, que denuncia, estigmatiza a condição de mulher num corpo de menina. Essa justificativa aparece no discurso de Maria, que estudou até o terceiro ano do ensino fundamental e não tem ocupação remunerada. Essa entrevistada colocou-se como totalmente dependente financeiramente do parceiro.

“Até a terceira série.. Peguei família cedo.. Tive filho cedo.. minha primeira filha eu tive com 15 anos... eu tinha vergonha aí saí da escola... A barriga cresceu.. as meninas da minha idade não tinha filho.. Aí eu fiquei com vergonha e saí.. No caso só meu companheiro que trabalha.. Só um salário” (Maria, E3).

Os dados apresentados evidenciam a gravidez como fator preponderante para interrupção dos estudos. Tal condição foi também identificada em pesquisa realizada com 22

gestantes assistidas em uma Unidade de Saúde da Família, de Minas Gerais. Classificadas em adolescentes precoces (10 a 16 anos) e adolescentes tardias (17 a 19 anos), o abandono escolar foi identificado em 83,33% das adolescentes precoces e em 25% das tardias (GRADIM; FERREIRA; MORAES, 2005).

A interrupção dos estudos perpassa a vulnerabilidade individual, visto que influencia na condição atual das gestantes. Os relatos mostram que a interrupção dos estudos resulta em não aperfeiçoamento para o mercado do trabalho, manutenção da condição de submissão feminina ao parceiro, falta de reconhecimento social e manutenção do contexto de vida.

A educação é parte imprescindível para a inclusão social, visto que a falta de estudos é fator que predispõe a desvantagens sociais e econômicas e, dessa forma, acaba por perpetuar a pobreza. Para a grávida adolescente, a precocidade da gestação pode alterar a sua vida pessoal e educacional, indo mais além à medida que pode resultar na desestruturação econômica (CHALEM et al., 2007).

Segundo Manfre, Queiroz e Matthes (2010), a maternidade pode acarretar consequências à vida da mãe, na medida em que dificulta o desenvolvimento educacional e social, resultando maior taxa de evasão escolar, desestruturação familiar e dificuldade de entrada no mercado de trabalho, de forma que pode agravar o quadro de pobreza do país. A gravidez por si só estabelece situações de vulnerabilidade para as mulheres.

Para as entrevistadas, abandono escolar “determinado” pela condição de gestação, contribuiu para a manutenção do contexto de pobreza, submissão e falta de reconhecimento social, resultando em vivência de vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas.

Os dados evidenciam a necessidade de ações que vão além das desenvolvidas nos espaços de instituições de educação e saúde, envolvendo grupos de adolescentes em diversos contextos. Diante disso, torna ainda mais evidente a responsabilidade e sensibilidade de profissionais da educação e saúde, sobretudo, enfermeira(o)s que comumente desenvolvem atividades educativas.

5.2.4 Acesso ao pré-natal: “Fui a outras maternidades, só achei vaga aqui...”

Para facilitar a compreensão das informações acerca das situações de vulnerabilidade programáticas vivenciadas pelas gestantes no pré-natal, serão apresentadas as informações sobre o histórico da gestação, o acesso aos serviços de saúde e a estrutura física da unidade.

No que concerne ao acesso aos serviços de saúde, as entrevistadas afirmaram utilizar exclusivamente das ações de cuidado ofertadas pelo Sistema Único de Saúde para acompanhamento da gestação, por meio do Programa de pré-natal.

As gestantes se referiram a problemas para iniciar o pré-natal, bem como para a sua continuidade. Esses demarcam situações de vulnerabilidade programática, e têm como principais motivos: falta de vaga na Unidade de Saúde da Família (USF) implantada na área geográfica onde residem as gestantes; normas para agendamento da consulta, remarcação frequente das consultas, déficit no acesso para realização da imunização e dos exames de rotina do pré-natal, deficiência na comunicação entre profissionais e clientela e no acesso à informação sobre cuidados de saúde, escassez de atividades educativas.

A falta de vaga na USF na área de moradia das gestantes para acompanhamento do pré-natal conduz as mesmas à busca por atendimento em outras unidades de saúde e, conseqüentemente, retardo no início do acompanhamento pré-natal. Fragmentos das entrevistas com as gestantes evidenciam esses aspectos:

“Fui a outras [maternidade], não consegui. Fui à maternidade A, à maternidade B, mas não achei vaga. Só achei vaga aqui” (Larissa, E5).

“Comecei o pré-natal estava entrando no sexto mês já, porque tava em greve, aí tava complicado de fazer nos postos de saúde. Eu não tava conseguindo, aí consegui aqui. Todo mundo me falou é melhor você ir lá na maternidade, porque lá você vai ter atendimento e, provavelmente, você já fique por lá mesmo quando for ganhar neném..” (Índia, E2).

Segundo as diretrizes do PHPN, a proximidade geográfica da unidade de saúde da casa da gestante constitui-se num critério para determinar o local de realização do acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2000). A cobertura da ESF, na Bahia, em janeiro de 2005, era de 1.332 unidades implantadas, com uma estimativa de cobertura para 4.407.199 pessoas, perfazendo 32,75% da população. Em janeiro de 2013, o número de unidades implantadas foi de 2.756, com uma estimativa de cobertura para 8.691.232 pessoas, totalizando 61,65 % da população. Em Salvador, para os mesmos períodos, havia 82 unidades, com uma média de 282.900 pessoas contempladas, correspondendo a 11,07% da população em 2005. Em 2013, eram 110 unidades, com uma cobertura estimada de 379.500 pessoas, totalizando 14,09% da população (BRASIL, 2013).

A peregrinação das gestantes entrevistadas por diferentes serviços da rede de atenção à saúde não se limitou a áreas geograficamente próximas ao seu local de moradia. Estendeu-se a

outras regiões da cidade e, até mesmo, a outros municípios da área metropolitana, sobretudo, para realização de exames de rotina e complementares ao pré-natal.

Na maternidade na qual as entrevistas foram realizadas, a marcação de consultas era feita previamente, por contato telefônico. De acordo com os relatos das gestantes, esta modalidade de atendimento dificultava o acesso ao serviço e, conseqüentemente, retardava o início do pré-natal. Para fazer o agendamento do pré-natal, eram feitas várias ligações telefônicas, implicando gastos financeiros e disponibilidade de tempo. Os relatos seguintes referem-se ao agendamento por telefone para início do pré-natal.

“Só demorou porque liguei. Liguei com quatro meses. Eu estava com quatro meses, só consegui ser atendida já estava com 5 meses.” (Beatriz, E4).

“Liguei, vim, passei por aqui me informei, aí falaram que era pra ligar só... pelo telefone, aí eu fiquei ligando e consegui... Assim, demorou pra atender ao telefone... depois lá no finalzinho da tarde que eu consegui” (Marleni, E8).

Soma-se a essa situação, a remarcação frequente das consultas pelo serviço de saúde. A remarcação era feita pela unidade, mediante impedimentos pessoais dos profissionais. Isso implicava atraso no acompanhamento do pré-natal, uma vez que a grande demanda de gestantes implicava a remarcação para pelo menos 30 dias. O depoimento a seguir aborda a remarcação das consultas.

“Não liguei de fora.. liguei daqui mesmo de dentro do hospital.. aí liguei e agendei.. aí teve na primeira.. que ia ser a primeira consulta não deu pra ser porque a menina me ligou desmarcando..” (Índia, E2).

O Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos seis consultas no pré-natal, sendo, no mínimo, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2000). Contudo, o começo tardio do pré-natal e os reagendamentos das consultas podem ocasionar a diminuição do número de consultas pré-natal preconizadas pelo Ministério da Saúde e, conseqüentemente, em situações de vulnerabilidade para mãe e feto. Uma situação apontada pelas gestantes foi atraso na imunização durante a gestação, conforme trecho abaixo:

“Já tomei, mas a vacina está atrasada... É porque comecei meu pré-natal tarde” (Beatriz, E4).

A imunização das gestantes com vacina antitetânica, hepatite B e influenza é uma das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Essa ação visa à proteção da mãe e do feto. Porém, o início tardio do pré-natal, entre outros fatores, pode interferir nessa ação.

O retardo para início do pré-natal também foi apontado em pesquisa realizada por Tsuneshiro, Bonaldio e Oliveira (2001), com 211 gestantes entrevistadas, em um serviço de pré-natal do amparo Maternal, em São Paulo. Do total de entrevistadas, 66,8% iniciaram o acompanhamento de pré-natal no segundo trimestre de gravidez, portanto, entre a décima terceira e vigésima quinta semana.

Na busca de acompanhamento do pré-natal, as gestantes entrevistadas relatam a peregrinação para a realização dos exames de rotina do pré-natal. A peregrinação inclui a identificação de uma unidade da rede pública ou privada que realize os exames, exigindo deslocamento da gestante. Os relatos informam ainda sobre a realização dos exames e o recebimento parcial dos resultados. A problemática pode ser observada nos seguintes fragmentos discursivos:

“Já peguei a metade.. e a outra metade ela me disse que eu vou pegar daqui a 15 a 20 dias.. De sangue foi fácil.. que eu fiz aqui.. aí tinha uns que não fazia.. eu fiz lá no [hospital da rede pública] E o preventivo que eu só consegui marcar agora... A ultrassom foi difícil.. bastante.. As duas que eu já fiz.. as duas foi difícil.. todo dia tinha que ir no posto de manhã pra conseguir marcar.. um sacrifício..” (Beatriz, E4).

“Todos.. todos.. já fiz todos.. agora mesmo a médica disse que meus exames estão indo tudo ok. Aí passou uns outros exames.. preventivo.. passou o preventivo e mais outros exames de sangue.. pra eu fazer pra ver.. Agora eu vou repetir só alguns aqui.. de sangue.. Tentei fazer os exames pelo SUS.. Não fez.. Fiz particular... A Ultrassonografia não, eu fiz no [hospital da rede pública]. Tem uma que eu já marquei aqui pra fazer aqui..” (Maria, E3).

O Ministério da Saúde traz como uma de suas diretrizes a realização dos exames laboratoriais de rotina pelo menos uma vez na gestação (BRASIL, 2000). Estudo realizado por Hass, Teixeira e Beghetto (2013) identificou que a proporção de realização de exames pelas gestantes que haviam começado o pré-natal no primeiro trimestre era maior em relação às que haviam iniciado o pré-natal tardiamente. Na presente pesquisa, mesmo as gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre encontraram dificuldades para a realização dos exames.

As situações relatadas pelas gestantes para início e continuidade do acompanhamento de pré-natal evidenciam vulnerabilidades programáticas relacionadas ao acesso ao serviço de saúde. Reflete, também, a fragilidade da rede de atenção básica no município, haja vista a restrita cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família e, por conseguinte, da demanda reprimida da população.

Para o enfrentamento dessa problemática, o Ministério da Saúde lançou recentemente e, vem implantando em todo território, a Rede Cegonha. Trata-se de um programa que objetiva implementar uma rede de cuidados e garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (BRASIL, 2011b).

Além das situações apresentadas quanto ao acesso aos serviços de saúde, as entrevistadas se referiram à insuficiência de diálogo entre profissional/cliente e no repasse de informações inerentes ao acompanhamento do pré-natal. A desinformação sobre a oferta da vacina no serviço de pré-natal e sobre os exames solicitados e sua importância na prevenção de agravos para o binômio mãe-filha(o) foram relatados pelas gestantes, conforme trechos abaixo:

“Alguns, que ela já repetiu aqui.. disse que não fiz... Eu entreguei o papel, a mulher me deu só a metade dos exames feito.. USG tive facilidade que é particular... Uma só, pelo SUS. Fui hoje e não consegui” (Isadora, E7).

“Tomei, só ta faltando uma que está atrasada, que era pra ter tomado no dia 19, só que eu esqueci... .. Eu vou tomar essa semana... eu não sabia que aqui dava não” (Marleni, E8).

De acordo com as gestantes, a consulta se constitui eminentemente num atendimento técnico, na qual não há espaço para revelação de situações pessoais que podem interferir na saúde da gestante e do feto, a exemplo do envolvimento com substâncias psicoativas.

As gestantes entrevistadas revelaram envolvimento com álcool e outras drogas, e algumas nunca revelaram essa situação para o profissional de saúde, pois não foram questionadas sobre esse tema durante as consultas de pré-natal.

“Não conversei (sobre o uso de drogas pelo irmão).. Porque sei lá.. ela não pergunta pra mim.. Ela só quer ali exercer a atividade dela e pronto.. Ela não quer saber dos meus problemas não.. dos meus problemas familiares.. eu penso assim.. sei lá..” (Patrícia, E1).

A comunicação no processo de relacionamento contribui na percepção de sentimentos e emoções, facilitando a interação nesse processo (BERTONE, RIBEIRO, GUIMARÃES, 2007). Compreender o espaço ocupado pelas drogas na vida da família e, especialmente, da gestante, avaliando subjetivamente o impacto da relação sujeito/droga e estimulando o cuidado de si e do outro, é necessário para conduzir ações visando minimizar agravos para gestante e para o feto.

Segundo perspectivas do Ministério da Saúde, estabelecer relação de confiança entre gestantes, familiares e profissionais, criando um vínculo, facilita a identificação de situações de vulnerabilidade individual, social, programática relacionadas ao envolvimento com álcool e outras drogas, possibilitando reduzir repercussões dessa situação para a gestação e o parto (BRASIL, 2012a).

Estratégias como a escuta aberta e o diálogo franco, sem a presença de preconceitos e julgamentos, podem ser utilizados, de forma a permitir a explanação das gestantes sobre suas necessidades, permitindo o estabelecimento e fortalecimento do vínculo com a profissional de saúde (SAITO E GUALDA, 2003).

Em relação ao conhecimento sobre álcool e outras drogas, de um modo geral, as gestantes entrevistadas revelaram não ter recebido nenhuma informação no acompanhamento pré-natal. Uma das entrevistadas revelou ter participado de uma atividade educativa sobre a temática em outra unidade, durante o atendimento para o filho.

“Já recebi orientação (sobre álcool e outras drogas)... Lá no posto da onde eu moro.. tava tendo palestra, eu tinha pediatra com meu filho, aí tava tendo pra outras pessoa, eu fiquei pra ouvir” (Isadora, E7).

As atividades educativas devem abordar toda e qualquer situação-problema que sejam pertinentes à população que será contemplada. Considerando que essas gestantes estão envolvidas com as drogas, seja direta ou indiretamente, destaca-se a necessidade da realização de atividades educativas sobre a temática, de forma a esclarecê-las a respeito dos efeitos e consequências do uso de drogas por elas e pelos familiares.

A abordagem utilizada é uma barreira para busca de tratamento pelas mulheres usuárias de drogas. Para Moraes e Reichenheim (2007), geralmente os profissionais de saúde, ao falarem sobre o uso de SPA pelas gestantes, o fazem com um discurso envolto por preconceitos e com perguntas diretas, tornando difícil a exposição dessa vivência pela gestante. Dessa forma, torna-se imprescindível a elaboração de questionários específicos e

e/ou rediscussão dos que já são utilizados, para facilitar a fala da gestante. Identificar o uso de drogas durante a gravidez é difícil, pois a gestante usuária normalmente não expõe a situação ao profissional de saúde e, dessa forma, a assistência pré-natal não atende às reais necessidades da cliente (SILVA; MACHADO; SILVA, 2011). Um desafio identificado é o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a problemática, visto que muitos desconhecem a real magnitude dos problemas decorrentes do uso de SPA na gestação (MORAES; REICHENHEIM, 2007).

As atividades educativas fazem parte das ações básicas de saúde e devem ser realizadas por todos os profissionais da equipe, devem estar inseridas em todas as atividades, e devem ocorrer em qualquer contato entre profissional de saúde e clientela (BRASIL, 2004a), inclusive na assistência ao pré-natal, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000).

A disponibilização de atividades educativas durante o acompanhamento de pré-natal, esclarecendo tanto sobre as particularidades do pré-natal, como exames, complicações, vacinas, consultas, orientações sobre o momento do parto e os cuidados pós-parto, assim como os cuidados com o recém-nascido, podem promover a adoção, pelas gestantes, de práticas saudáveis. Entretanto, de acordo com os relatos das gestantes entrevistadas, o serviço não oferece rotineiramente atividades educativas. E, quando ocorre, não há participação ativa da clientela. Das participantes da pesquisa, apenas uma recebeu orientações em atividade educativa.

“Não.. eu só tive só no.. só tive no serviço social na primeira consulta, e na fisioterapeuta..” (Maria, E3).

O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) ressaltou a importância das ações educativas na assistência à saúde da mulher, como forma de empoderamento, contribuindo com o acréscimo de informações que as mulheres têm sobre o seu corpo, destacando a importância dessa ação e caracterizando-a como o diferencial em relação a outros programas. Essas atividades objetivam a reflexão e a adoção de práticas para melhoria do hábito de vida da população, visando contribuir com as informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e a valorização das suas experiências de vida (BRASIL, 2004a). A incorporação da dimensão educativa no processo do cuidado em saúde, prestado nas unidades, deve contemplar essa perspectiva, pois os conhecimentos adquiridos pelas gestantes poderão prevenir agravos.

Entretanto, Cabral, Hirt e Sand (2013) destacam, em seu estudo realizado com puérperas, em um serviço de pré-natal do interior do Rio Grande do Sul, por meio de visitas domiciliares, sobre o atendimento pré-natal na ótica das puérperas, que a maioria das entrevistadas não participou de atividades educativas. Na presente pesquisa, essa situação se repete, mostrando descompasso com a proposta do Ministério da Saúde.

Além da escassez de atividades educativas, as gestantes entrevistadas se referiram ao longo tempo de espera para o atendimento e a abordagem grosseira, sobretudo no atendimento telefônico, conforme ilustrado nos depoimentos a seguir:

“Eu acho que o atendimento não é muito bom não. Não atende a gente muito bem..” (Maria, E3).

“Eu acho só que as funcionárias devem tratar melhor as pacientes.. Pelo telefone mesmo elas são muito ignorantes...” (Beatriz, E4).

“O atendimento.. Mais ou menos... Hoje foi até bom, não tem ninguém... da última vez eu vim cedo, saí daqui era três hora da tarde.” (Isadora, E7).

As gestantes esperam ser bem acolhidas quando chegam à unidade de saúde, assim como também esperam ser respeitadas e escutadas sem julgamentos ou preconceitos, de forma que seja criado um vínculo e elas se sintam à vontade para falar de sua intimidade. Tsuneshiro, Bonaldio e Oliveira (2001) identificaram que a adesão das gestantes ao pré-natal está diretamente relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelas profissionais de saúde.

Outra situação evidenciada pelas gestantes participantes da pesquisa em relação ao atendimento recebido na unidade diz respeito às deficiências na estrutura física, conforme mostrado nos trechos abaixo:

“Precisa de uma melhoria, não? Já pensou você deitar grávida aí um pedaço desse negócio aí cai em sua cara?... a outra sala só Jesus na causa.” (Isadora, E7).

“Eu acho que deveria mudar.. é pra dar uma reforma.. porque ta precisando.. infelizmente ta precisando.. Se você olhar assim tanto por fora quanto por dentro você vê que o hospital precisa de ajuda.. é só isso que me incomoda aqui entendeu.. porque assim em matéria de limpeza.. você vê que toda hora vira e mexe tem alguém limpando as paredes o chão..” (Índia, E2).

“Eu acho que tem que melhorar, não tem lugar para a pessoa fazer xixi.. as necessidades.. nada..” (Maria, E3).

“Falta mais espaço porque eu fico tão abafado, quando fico com falta de ar, e um ventilador pra ventilar também é bom” (Beatriz, E4).

A estrutura física da maternidade, na qual foi realizada a pesquisa, dispõe de quatro consultórios, uma recepção, uma sala de apoio para as funcionárias e uma sala de espera pequena, com pouca ventilação e com cadeiras insuficientes para a quantidade de gestantes que esperam atendimento.

Tsuneshiro, Bonaldio e Oliveira (2001) relatam que 36% das gestantes se incomodam ou mudariam coisas relacionadas à estrutura da unidade em que são assistidas, bem como do funcionamento, mais especificamente da área administrativa.

A desestruturação da unidade somada à falta de atendimento, ao número de consultas insuficientes, às desmarcações de consultas, ao retardo ou à falta de realização de exames, à falta de diálogo entre profissionais e pacientes, implicam situações de vulnerabilidade, de forma que esses aspectos podem gerar a insatisfação e a não adesão das gestantes ao pré-natal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa permitiu identificar elementos das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade vivenciada por gestantes envolvidas com álcool e outras drogas, matriculadas no pré-natal de uma maternidade pública de Salvador.

O desenvolvimento da pesquisa contemplou um dos grupos de mulheres a ser investigado no projeto matriz, financiado pelo CNPQ, intitulado “Vulnerabilidade de mulheres envolvidas com álcool e outras drogas”, por meio do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA nº 32/2012. Os dados apresentados respondem a dois objetivos específicos do projeto “Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool, crack e outras drogas” também com financiamento do CNPq, pelo Edital MCTI/CNPq nº 14/2013, para o período de 2012-1015.

O desenvolvimento da pesquisa possibilitou, dentre outras experiências, a participação no grupo de pesquisa “Sexualidade, Vulnerabilidade, Drogas e Gênero” (SVDG-EEUFBA), a tutoria em atividades de iniciação científica aprovada pelo Programa de Iniciação Científica, no período de 2013-2014; participação ativa na elaboração de três manuscritos, abordando questões metodológicas e resultados oriundos dessa investigação.

A aproximação com a problemática das drogas, com o referencial teórico da vulnerabilidade e a abordagem direta de gestantes sobre formas de envolvimento com as drogas propiciaram reflexões para a atuação profissional. Permitiu, também, compreender a importância de contemplar aspectos do contexto social da cliente, favorecendo assistência baseada na integralidade.

A originalidade da pesquisa está na utilização da perspectiva da vulnerabilidade como referencial teórico atrelado à temática das drogas. Vale salientar, contudo, que os dados apresentados ainda não dão conta da complexidade do conceito de vulnerabilidade, porém já avançam no sentido de que não se resumem a aspectos da ordem biológica. Os resultados apresentados mostram articulação entre elementos das dimensões individual, social e programática da vulnerabilidade, confirmando a complexidade da abordagem. Questões acerca do enfrentamento, como elemento da vulnerabilidade, ainda são apresentados de forma incipiente.

O número de participantes mostrou-se relevante para dar visibilidade às vulnerabilidades vivenciadas pelas gestantes nos seus distintos contextos de vida. Apesar da complexidade da temática de estudo e, também, das questões de ordem estrutural da unidade e

peçoal das participantes, tais como remarcações das entrevistas, desistência em participar da pesquisa, ausência nas consultas.

Os dados apresentados confirmam formas distintas de envolvimento das mulheres com a problemática das drogas que não se limitam ao consumo e/ou participação no tráfico, mas a convivência com pessoas usuárias e/ou traficantes de drogas. As gestantes vivenciam um contexto familiar com presença de drogas lícitas e ilícitas, o qual predispõe a situações de vulnerabilidade, desencadeando gestação na adolescência, desestruturação dos vínculos familiares, situações de estresse e a vivência de violências.

A ocorrência da primeira gestação durante a adolescência mostrou-se como fator a mais de vulnerabilidades, uma vez que influenciou o abandono escolar e, conseqüentemente, a dependência financeira do parceiro e/ou familiares. As gestantes abandonam os estudos, não se qualificam profissionalmente, o que resulta em aquisição de trabalhos informais e de baixa remuneração e/ou a responsabilidade pela casa e pelos filhos, bem como a dependência econômica, do parceiro e/ou familiares, dificultando, dessa forma, uma possível ascensão social, permeando um círculo de pobreza, envolto por situações de vulnerabilidade. Diante disso, faz-se necessária, a adoção de medidas com vista a minimizar as situações de vulnerabilidade, de forma a reduzir os agravos atrelados.

As situações de vulnerabilidade programática identificadas nesta pesquisa deram visibilidade à dificuldade de acesso ao acompanhamento pré-natal. E outros entraves surgiram em decorrência dessa circunstância. As situações reveladas denunciam a precariedade dos serviços e o não atendimento aos princípios de integralidade, regionalização e humanização da assistência, norteadores do Sistema Único de Saúde. A assistência pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. As gestantes não necessitam somente de consultas de acompanhamento, pois também almejam uma atenção humanizada e a preocupação do serviço em oferecer uma assistência adequada, que atenda às suas reais necessidades e expectativas.

Diante de tais informações, reforçamos a necessidade de implantação e implementação de ações de promoção à saúde e prevenção de agravos na adolescência, com o propósito de reduzir situações de vulnerabilidade para as mesmas. A participação de profissionais da saúde nesse processo é de fundamental importância, em especial as/os enfermeiras/os, que, no acompanhamento pré-natal, são as/os profissionais que estão mais próximas/os dessa clientela.

A pesquisa certamente trará subsídios para a formação e prática da enfermagem com relação à assistência às gestantes, especialmente as envolvidas direta ou indiretamente com

drogas, de forma que contribuirá para a reorientação das práticas de saúde dos profissionais de enfermagem, assim como os demais profissionais da área da saúde e de áreas afins, especialmente os que atuam na atenção ao pré-natal, pois dá maior visibilidade à necessidade de identificar as vulnerabilidades vivenciadas pelas gestantes, visando minimizar os agravos oriundos da vulnerabilidade nas dimensões individuais, sociais e programáticas. A continuidade do projeto certamente trará outros aspectos da vulnerabilidade de gestantes envolvidas com drogas, ampliando a produção do conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ABREU, Lena Nabuco; ANDRADE, Arthur Guerra. Álcool e impacto sobre a saúde da mulher. In: CARDOSO, Maria Regina Alves; BUCHALLA, Cássia Maria; ALDRIGHI, José Mendes [Editores]. **Epidemiologia dos Agravos à Saúde da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 273-278.

ABRUZZI, Jéssica Consoni. **A experiência da gestação na perspectiva de gestantes usuárias de crack internadas em uma Unidade Psiquiátrica de um Hospital Geral**. Trabalho de conclusão de curso. 2011, 41p. Porto Alegre.

ALMEIDA, Mariza Silva. **Assistência de enfermagem à mulher no período puerperal: uma análise das necessidades como subsídio para a construção de indicadores de gênero**. 2005. Tese de doutorado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto.

ALVES, Vânia Sampaio. **Modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas no contexto do Centro Psicossocial (CAPSad)**. Tese (Doutorado). 2009, 365p. Instituto de Saúde Coletiva, Salvador.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: **Promoção de Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Org. CZERESNIA, Dina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003; p.117-139.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: **Tratado de saúde coletiva**. CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al., organizadores. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 375-417.

BARBOSA, Tálita Dantas et al. Manifestações do uso de maconha e opiáceos durante a gravidez. **Femina**. v.39, n.8, Ago. 2011.

BARCINSKI, Mariana. Protagonismo e vitimização na trajetória de mulheres envolvidas na rede do tráfico de drogas no Rio de Janeiro. **Ciênc. saúde coletiva**. v.14, n.2, p. 577-586. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70. 2011. 223p.

BERTONE, Tássia Bruschini; RIBEIRO, Ana Paula Sousa; GUIMARÃES, Jacileide. Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. **Rev Fafibe On Line**. n.3, ago. 2007. Disponível em:

<<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>> Acesso em: 12 dez 2013.

BERTOLOZZI, Maria Rita et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. **Rev. esc enferm USP**. v.43, p. 1326-1330. 2009.

BORINI, Paulo; GUIMARÃES, Romeu Cardoso; BORINI, Sabrina Bicalho. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos. **J. bras. psiquiatr.** v.52, n.3, p. 171-179. 2003.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. **Rev. Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p.15-25. 1996.

BRASIL. Lei 10.778, de 24 de novembro de 2003. **Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>. Acesso em: 13 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. CVC/CN/DST/AIDS. **A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília. DF; Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. **Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil,

Brasília, DF, 7 ago. 2006b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.html> Acesso em: 04 jun. 2011. Acesso em: 23.03.2012.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; IME USP; organizadores Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte, Vladimir de Andrade Stempluk e Lúcia Pereira Barroso. – Brasília: SENAD, 2009. 364 p.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília, DF, 2010. (Serie A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Portaria n. 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**. Brasília; 2011a. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Portaria%20do%20Ministerio%20da%20Saude%20GM%20N%203088%202011%202702.pdf>> Acesso em: 27 abr 2014.

BRASIL. Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, a Rede Cegonha**. Brasília; 2011b. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html> Acesso em: 10 dez 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. **Histórico da Cobertura de Saúde da Família**. 2013. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php> Acesso em: 10 jan 2014.

CABRAL, Fernanda Beheregaray; HIRT, Leila Maria; SAND, Isabel Cristina Pacheco Van Der. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. Esc Enferm USP**. v.47, n.2, p.281-7. 2013.

CAPUTO, Valéria Garcia; BORDIN, Isabel Altenfelder. Gravidez na adolescência e uso frequente de álcool e drogas no contexto familiar. **Rev. Saúde Pública**. v.42, n.3, p.402-10. 2008.

COSTA, Maria Teresa Zullini da et al. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes?. **Pediatria** (São Paulo), v. 20, n. 4, p. 316-322, out.-dez. 1998.

CHALEM Elisa et al. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.1, p.177-86. 2007.

FIORENTIN, Cássia Fernanda; VARGAS, Divane de. O uso de álcool entre gestantes e o seus conhecimentos sobre os efeitos do álcool no feto. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)**, Ribeirão Preto , v.2, n.2, ago. 2006 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 13 mar 2014.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado**. ago. 2010. Disponível em: <<http://www.fpa.org.br/galeria/violencia-domestica>> Acesso em: 03 jul 2011.

GALDURÓZ, José Carlos F. et al. Uso de drogas psicotrópicas no Brasil: pesquisa domiciliar envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. **Rev. Lat.-Am. de Enferm.** Florianópolis, v. 13, Número especial, p. 888-895. 2005.

GALERA, Sueli Aparecida Frari; ROLDÁN, María Carmen Berna; O'BRIEN, Beverley. Mulheres vivendo no contexto de drogas (e violência) – papel maternal. **Rev. Lat.-Am. De Enferm.** Nov./dez. n.13(número especial). 2005.

GOMES, Mônica Araújo; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Família em situação de vulnerabilidade social: uma questão de políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.10, n.2, p.357-363, 2005.

GRADIM, Clícia Valim Côrtes; FERREIRA, Margaret Beatriz Lasmar; MORAES, Maria José. O perfil das grávidas adolescentes em uma Unidade de Saúde da Família de Minas Gerais. **Rev. APS**. v.13, n.1, p.55-61, jan./mar. 2010 .

HASS, Cimone Noal; TEISHEIRA, Luciana Barcellos; BEGHETTO, Mariur Gomes. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Rev. Gaúcha Enferm.** v.34, n.3, p.22-30. 2013.

LARANJEIRA, Ronaldo; RIBEIRO, Marcelo. Drogas ilícitas e impacto sobre a saúde da mulher. In: CARDOSO, Maria Regina Alves; BUCHALLA, Cássia Maria; ALDRIGHI, José Mendes. [Editores] **Epidemiologia dos Agravos à Saúde da Mulher**. São Paulo: Atheneu, 2005, p. 279-286.

LOPES, Thais Dias; ARRUDA, Patrícia Pereira. As repercussões do uso abusivo de drogas no período gravídico/puerperal. **Rev. Saúde e Pesquisa**, v.3, n.1, p.79-83, jan./abr. 2010.

LOPES, Regina Maria Fernandes; MELLO, Daniela Canazaro de; ARGIMON, Irani I. de Lima. Mulheres encarceradas e fatores associados a drogas e crimes. **Ciências & Cognição**. v.15, n.2, p.121-131. 2010.

MARANDOLA Jr., Eduardo; HOGAN, Daniel Joseph. As dimensões da vulnerabilidade. **São Paulo em Perspectiva**, v. 20, n. 1, p. 33-43, jan./mar. 2006.

MANFRE, Camila Cristina; QUEIROZ, Sara Gomes; MATTHES, Ângelo do Carmo Silva. Considerações Atuais sobre Gravidez na Adolescência. **Rev. bras. Med. Fam. e Comun.** v.5, n.17, p. 48-54, jan./dez. 2010. Disponível em:
<<http://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/205/155>> Acesso em: 15 de dez de 2013.

MARINHEIRO, André Luis Valentine; VIEIRA, Elisabeth Meloni; SOUZA, Luiz de. Prevalência de violência contra a mulher usuária do serviço de saúde. **Rev. saúde Pública**. v.40, n4, p.604-10. 2006

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Orgs). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Introdução à metodologia das ciências sociais. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOMBELLI, Mônica Augusta; MARCON, Sônia Silva; COSTA, Jaqueline Barreto. Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação de adolescentes dependentes químicos. **Rev. Bra. Enferm.** v.63, n.5, p.735-40. 2010.

MORAES, Claudia Leite Moraes; REICHENHEIM, Michael Eduardo. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública.** v.41, n.5, p.695-703. 2007.

MOREIRA, Vanessa dos Santos. **Impactos do Envolvimento de Mulheres Presidiárias com o Fenômeno das Drogas.** 2012. Dissertação de mestrado. Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador.

NICHIATA, Lucia Yasuko Icumi et al. A utilização do conceito de “vulnerabilidade” pela enfermagem. **Rev. Latino-am Enfermagem.** v.16, n. 5, Set/out. 2008.

NOBREGA, Maria do Perpétuo S S; OLIVEIRA, Eleonora Menicucci. Mulheres usuárias de álcool: análise Qualitativa. **Rev. de saúde publica.** v.39, n.5, p.816-23. 2005.

OLIVEIRA, Virgínia Junqueira. **Vivenciando a gravidez de alto risco: entre a luz e a escuridão.** 2008a, 111p. Dissertação de mestrado. – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; MACCALLUN, Cecília Anne; COSTA, Heloniza Oliveira Gonçalves. Representações sociais de agentes comunitários de saúde acerca do consumo de drogas. **Rev. Esc Enferm USP.** v. 44, n. 3, p.611-618. 2010.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; NASCIMENTO, Enilda Rosendo; PAIVA, Mirian Santos. Especificidades de usuários(as) de drogas visando uma assistência baseada na heterogeneidade. **Esc Anna Nery.** v. 11, n. 4, p. 694-8, Dez. 2007.

OLIVEIRA, Jeane Freitas de; PAIVA, Mirian Santos. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao HIV/AIDS em uma perspectiva de gênero. **Esc. Anna Nery Rev Enferm.** v.11, n.4, p. 625-631. 2007.

OLIVEIRA, Jeane Freitas; PAIVA, Mirian Santos; VALENTE, Camila Motta Leal. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Rev Latino-am enferm.** v. 15, n. 2. mar/abr. 2007.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Modalidades de la Lactancia Natural en la Actualidad.** Geneva: OMS. 1981.

PAIVA, Mirian Santos. **Vivenciando a gravidez e experienciando a soropositividade para o HIV.** 2000. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PAULILO, Maria Ângela Silveira; DAL BELLO, Marília Gonçalves. **Jovens no contexto contemporâneo: vulnerabilidade, risco e violência**. 2012. Disponível em <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v4n2_marilia.htm> Acesso em 27 dez 2012.

PEIXOTO, Sérgio. **Drogas lícitas e ilícitas na gestação**. In: Pré-natal. 3 ed. São Paulo: Roca. cap. 14. p.319-334, 2004.

PETRINE, JC. **Pós-modernidade e família**. Ed. Edusc, Bauru. 2003

PIMENTEL, Angela Vieira et. al. Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, Abr-Jun; v.20, n.2, p. 255-62. 2011.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011. 488 p.

YAMAGUCHI, Eduardo Tsuyoshi et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. psiquiatr. clín.** São Paulo. v.35, suppl.1, p.44-47, 2008.

RABELLO, Patrícia Moreira; CALDAS JUNIOR, Arnaldo de França. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. **Rev. Saúde Pública**. v.41, n.6, p.970-8. 2007.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. **Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos**. Porto Alegre. Dezembro. 2008. Disponível em: <<http://www.redesaude.org.br/portal/trilhas/docs/002.pdf>>. Acesso em 15.11.2012.

RICCI, Susan Scott. Conduta de enfermagem pra gravidez de risco: distúrbios preexistentes. In: **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Org. Susan Scott Ricci: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, cap. 19, p.479-515. 2008a.

RICCI, Susan Scott. Adaptação materna durante a gravidez. In: **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Org. Susan Scott Ricci: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, cap. 10, p. 201-214. 2008b.

RICCI, Susan Scott. Conduta de enfermagem relacionada com o neonato de risco: distúrbios neonatais congênitos e adquiridos. In: **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Org. Susan Scott Ricci: Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, cap. 23. p. 589-638. 2008c.

RISCADO, Jorge Luis de Souza; OLIVEIRA, Maria Aparecida Batista de; BRITO, Ângela Maria Benedita Bahia de. Vivenciando o racismo e a violência: um estudo sobre as vulnerabilidades da mulher negra e a busca da prevenção do HIV/AIDS em comunidades remanescentes de Quilombos em Alagoas. **Saúde Soc.** São Paulo. v.19, supl. 2, p. 96-108. 2010.

SAITO, Emília; GUALDA, Dulce Maria Rosa. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. **Rev. Técnico-científico de Enferm.** v.1, n.1, p. 31-36. 2003.

SANCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Ciência & Saúde Coletiva.** v.12, n.2, p.319-324. 2007.

SANCHEZ, Zila van der Meer; NAPPO, Solange Aparecida. Intervenção religiosa na recuperação de dependentes de drogas. **Rev. Saúde Pública.** v.42, n.2, p.265-72. 2008.

SILVA, Alexandro do Vale Silva; MACHADO, Wyarlenn Divino; SILVA, Maria Adelane Monteiro. Avaliação da família de uma gestante usuária de crack: estudo de caso a luz do modelo calgary. **SANARE Sobral,** v.10, n.1, p. 13-19, jan./jun. 2011.

SOUZA, Marilise Fraga et al. Perfil dos usuários do serviço de teleatendimento sobre drogas de abuso VIVAVOZ. **Rev. Psiquiatr RS.** v.30, n.3, p. 182-191. 2008.

SPRICIGO, Jonas Salomão; ALENCASTRE, Marcia Bucchi. O enfermeiro de uma unidade básica de saúde e o usuário de drogas – um estudo em Biguaçu-SC. **Rev. Lat-Am. Enferm.** v.12(especial), p. 427-32, Mar/abr. 2004.

TSUNECHIRO, Maria Alice; BONADIO, Isabel Cristina; Oliveira Vilma Melo. **Um lugar no cuidado pré-natal: possibilidades e opções das gestantes.** 2001. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo.

UNODC. **World Drug Report.** 2007. Disponível em: http://www.unodc.org/pdf/research/wdr07/WDR_2007.pdf . Acesso em: 22 de ago. 2012.

UNODC. **World Drug Report.** 2012. Disponível em: http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/WDR_2012_web_small.pdf > Acesso em: 13 de dez. 2012.

WRIGHT, Maria da Gloria Miotto et al. A pesquisa sobre o fenômeno das drogas na perspectiva dos estudos multicêntricos na América Latina e Caribe. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17 (Esp.), p. 751-753, nov/dez. 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta de solicitação de coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



Of. Nº 12/2013 - PGENF

Salvador, 11/03/2013

A Senhora
Rita de Cássia Calfa Vieira Gramacho
Enfermeira e Diretora da Maternidade Tysilla Balbino

Prezada Diretora,

Venho por meio desta, solicitar autorização de V.S^a para realizar na Maternidade Tysilla Balbino a coleta de dados da Pesquisa Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas, da mestrandia Anne Jacob de Souza Araújo orientada pela Prof.^a Dr.^a Jeane Freitas de Oliveira. A referida pesquisa tem como objetivo analisar vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas. Ressaltamos que o envolvimento referido não diz respeito somente ao ato de consumir drogas, mas também ao fato de ser companheira/mãe/familiar de alguém que faz consumo de álcool e outras drogas. Informamos que, uma vez autorizada, a pesquisa será desenvolvida com gestantes atendidas no Pré- Natal da Maternidade, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Edméia de Almeida Cardoso Coelho
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem/UFBA

Posiana Justosa Pacheco
Coord. Administração
11/03/2013



APÊNDICE B – Termo de Autorização

MATERNIDADE TSYLLA BALBINO

CNPJ: 13937131000494

CARTA DE ANUÊNCIA

Salvador 12 de MARCO de 2013.

À Professora Doutora Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da
Universidade Federal da Bahia – CEP EEUFBA

Eu, RITA DE CÁSSIA CALFA VIEIRA GRAMACHO, responsável pela Maternidade Tsylla Balbino estou ciente e autorizo a pesquisadora Anne Jacob de Souza Araújo a desenvolver nesta instituição o projeto de pesquisa intitulado “Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas”. Declaro conhecer as normas e resoluções que norteiam a pesquisa envolvendo seres humanos, em especial a Resolução CNS 196/96 e estar ciente das co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa bem como do compromisso da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Salvador, 12 de MARCO de 2013.



Assinatura e carimbo do(a) responsável institucional

Rita Calfa Gramacho
Diretora Geral - MTB
Cad 19.255.593-7

Rita Calfa Gramacho
Diretora Geral - MTB
Cad 19.255.593-7

APÊNDICE C - Instrução as participantes e Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido

CÓDIGO DA PESQUISADORA

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

INFORMAÇÕES A COLABORADORA

A Sra. está convidada a participar da pesquisa intitulada “Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas”, cujos objetivos são: conhecer as características sociodemográficas e de saúde de gestantes atendidas numa maternidade pública de Salvador; identificar vulnerabilidades de gestantes atendidas numa maternidade pública de Salvador a partir de suas características sociodemográficas e de saúde; descrever as formas de envolvimento das gestantes com as drogas; analisar vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas.

A referida pesquisa será desenvolvida por mim, Anne Jacob de Souza Araújo, como atividade do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, sob a orientação da Profa. Dra. Jeane Freitas de Oliveira.

A Sra. poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase do estudo, sem qualquer prejuízo. Caso a Sra. aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que sua identificação se dará por um nome fictício escolhido pela Sra., garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade. O possível risco será de a Sra. ficar constrangida ou relembrar momentos que não sejam bons.

Para coleta das informações será realizada uma entrevista, a qual será gravada em gravador digital para facilitar a integridade das informações. A entrevista será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. Concordando em participar da entrevista, a Sra. poderá ouvir a gravação e retirar ou acrescentar quaisquer informações. O material será arquivado por 05 (cinco) anos e após esse período será destruído.

A Sra. não terá nenhum tipo de despesa para participar dessa pesquisa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que esta pesquisa possibilite maior compreensão acerca do fenômeno das drogas, de forma a contribuir para a discussão de ações possíveis de serem desenvolvidas nos serviços de atenção à mulher. Os resultados deste estudo serão publicados na dissertação e artigos científicos e divulgados na Instituição da coleta de dados.

Os aspectos acima mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (71) 3283-7615, ou pelos endereços eletrônicos: anejacob@hotmail.com e cepee.ufba@ufba.br.

Após estes esclarecimentos, solicitamos sua permissão para participar dessa pesquisa. Caso esteja bem informada e aceite participar, favor assinar este documento em 02 (duas) vias, sendo que uma ficará com você e a outra ficará com as pesquisadoras.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Confirmando ter compreendido todas as informações acima descritas, relacionadas a minha participação nesta pesquisa intitulada “Vulnerabilidades de gestantes envolvidas com álcool e outras drogas”, que li/ que foram lidas para mim. Conversei com a pesquisadora sobre a minha participação voluntária no estudo. Não tenho dúvidas de que não receberei benefício financeiro. Concordo em participar, de forma voluntária, podendo desistir em qualquer etapa e retirar meu consentimento, sem penalidades ou prejuízos, ou perda de benefícios aos quais tenho direito conforme a resolução do conselho Nacional de Saúde n 196/96, de 10 de outubro de 1996. Terei acesso aos dados registrados e reforço que não fui submetida à coação, indução ou intimidação.

Salvador, ___/___/___.



Impressão dactiloscópica

Assinatura da entrevistada

Declaro que recebi de forma voluntária e apropriada o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para participação nesta pesquisa.

Salvador, ___/___/___.

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE D – Instrumento de coleta dos dados

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

CÓDIGO DA PESQUISADORA

____ _

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE REPRODUTIVA			
INICIAIS:		1 IDADE:	TELEFONE:
ENDEREÇO:		EMAIL:	
2 IDADE GESTACIONAL:		3 N° DE CONSULTAS:	
4 COR: (1) preta (2) parda (morena) (3) branca (4) amarela (5) indígena (6) outra _____		5 RELIGIÃO: (1) católica (2) evangélica (3) espírita (4) não tem (5) outra _____	
6 GRAU DE ESCOLARIDADE: (1) analfabeta (2) fundamental incompleto (3) fundamental completo (4) médio incompleto (5) médio completo (6) superior incompleto (7) superior completo			
7 SITUAÇÃO CONJUGAL: (1) solteira (2) casada (3) União estável (4) viúva (5) separada			
8 OCUPAÇÃO:		9 ONDE:	
10 IDADE DA 1ª RELAÇÃO SEXUAL: _____	11 NÚMERO DE PARCEIROS: _____	12 ESTAVA USANDO ALGUM MÉTODO CONTRACEPTIVO QUANDO ENGRAVIDOU? () 1 SIM () 2 NÃO SE SIM, QUAL: _____ SE NÃO, POR QUÊ? _____	
13 É A PRIMEIRA GESTAÇÃO? : (1) Sim (2) Não SE SIM PULAR PARA A QUESTÃO 23			
14 NÚMERO DE GESTAÇÕES:		17 NÚMERO DE PARTOS:	
15 NÚMERO DE ABORTOS:		18 NÚMERO DE FILHOS VIVOS:	
16 NÚMERO DE FILHOS PREMATUROS:			
19 TEVE ALGUMA INTERCORRÊNCIA NAS GESTAÇÕES: (1) Sim (2) Não QUAIS: _____ (19.1 quando for codificar os sub itens)			
20 O RN APRESENTOU ALGUM PROBLEMA AO NASCER: (1) Sim (2) Não QUAIS: _____ (20.1 quando for codificar os sub itens)			
21 FEZ PRÉ-NATAL EM TODAS AS GESTAÇÕES (1) Sim (2) Não			
22 NÚMERO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL (ÚLTIMA GESTAÇÃO):			
23 POSSÍVEIS MOTIVOS DA GRAVIDEZ: (1) Não uso de métodos contraceptivos (2) Desconhecimento de métodos contraceptivos (3) Falha no uso do método contraceptivo (4) Falta de acesso ao método desejado (5) Desejo de ser mãe (6) Atender ao desejo do companheiro de ter filho (7) Medo de perder o marido/companheiro (8) inesperada (9) outros _____			
24 DOENÇAS CRÔNICAS: (1) Cardiopatias (2) Diabetes (3) Hipertensão arterial (4) Tuberculose pulmonar (5) Câncer tipo _____ (6) HIV/AIDS (7) DST (8) Hepatites (9) Outros _____ (10) Distúrbios psiquiátricos: (10.1) Alterações do humor (10.2) Quadro psicótico (10.3) Depressão (10.4) Outros _____			
25 EM ALGUM MOMENTO DE SUA VIDA, VOCÊ UTILIZOU SUBSTÂNCIA TAIS COMO: Álcool, Tabaco, Maconha, Cocaína, Inalantes, Solventes, Crack (1) Sim (2) Não SE NÃO PULAR PARA A PERGUNTA 24			
26 TIPOS DE	26.1 INÍCIO	26.2 TEMPO	26.3 FREQUENCIA DE USO

<p>* 30.2 QUEM: (1) Pai (2) Mãe (3) Companheiro (4) Ex-companheiro (5) Filho(a) (6) Primo(a) (7) Tio(a) (8) Vó/Vô (9) Amigo(a) (10) Vizinho (11) Outros _____</p> <p>**30.3 TIPOS DE DROGAS (1) Álcool (2) Tabaco (3) Maconha (4) Cocaína (5) Inalantes (6) Solventes (7) Crack (8) Êxtase (9) outras</p> <p>*** 30.5 FREQUÊNCIA DE USO: (1) Uma vez na vida (2) Diariamente (4) Segunda a sexta (5) Finais de semana (6) Festas</p>
<p>31 CONFLITOS FAMILIARES: (1) Sim (2) Não SE SIM SEGUE A PERGUNTA 29</p>
<p>32 FREQUÊNCIA DOS CONFLITOS: (1) Diariamente (2) Frequentemente (3) Raramente</p>
<p>33 VIOLÊNCIAS VIVENCIADAS PELA FAMÍLIA: (1) Violência infantil (2) Violência entre os pais (3) Violência física (4) Violência psicológica (5) Abuso sexual () Nenhuma</p>
<p>34 SOFRE/ JÁ SOFREU VIOLÊNCIA: (1) Sim (2) Não SE NÃO SEGUE A PERGUNTA 34</p>
<p>35 TIPO DE VIOLÊNCIA: (1) Infantil (2) Doméstica (3) Institucional/serviços de saúde (4) Abuso sexual (5) Psicológica</p>
<p>36 QUEM PRATICOU: _____</p>
<p style="text-align: center;">INDICADORES SOCIAIS E DE SAÚDE</p>
<p>37 TIPO DE MORADIA: (1) Alvenaria (2) Madeira (3) Outros _____</p>
<p>38 CONDIÇÕES DE MORADIA: (1) Casa própria (2) Alugada (3) Cedida (4) Outros _____</p>
<p>39 NÚMERO DE COMODOS:</p>
<p>40 NÚMERO DE PESSOAS QUE MORAM NA RESIDÊNCIA:</p>
<p>41 COM QUEM MORA: (1) Sozinha (2) Companheiro e filhos (3) Companheiro (4) Pai da criança e filhos (5) Pai da criança (6) Pais (7) Filhos (8) Conhecidos (9) Familiares (10) Sogro/sogra e companheiro (11) Outros(as) _____</p>
<p>42 INFRA-ESTRUTURA DOMICILIAR: (1) Fossa séptica (2) Rede de esgoto (3) Eletricidade (4) Água encanada (6) Fogão a gás (7) Chuveiro elétrico</p>
<p>43 GRAU DE DEPENDÊNCIA FINANCEIRA: (1) independente (2) totalmente dependente (3) parcialmente dependente</p> <p>SE TOTALMENTE DEPENDENTE PULAR NÃO FAZER A PERGUNTA 43</p>
<p>44 TOTALMENTE/ PARCIALMENTE DEPENDENTE DE QUEM: (1) companheiro (2) ex-companheiro (3) pai da criança (4) familiar (5) outro _____</p>
<p>45 RENDA FAMILIAR (TOTAL EM SALÁRIO MÍNIMO): _____</p>
<p>46 QUANTAS PESSOAS DEPENDEM DA SUA RENDA</p>
<p>47 RECEBE AUXÍLIO DE ALGUM PROGRAMA SOCIAL DO GOVERNO: (1) Sim (2) Não Se sim. Qual? _____ (47.1 codificar depois)</p>
<p>48. QUAL (IS) DO (S) ÍTEM(ITEMS) QUE VOCÊ POSSUI OU TEM NA SUA CASA:</p> <p>1 Televisão em cores (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>2 Rádio (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>3 Máquina de lavar (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>4 Videocassete e/ou DVD (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>5 Geladeira (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>6 Freezer (grifar: aparelho independente ou parte da geladeira duplex) (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>7 Automóvel (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>8 Telefone móvel (celular) (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>9 Telefone residencial (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>10 Motocicleta (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>11 Bicicleta (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p> <p>12 Empregadas mensalistas (aquelas que trabalham pelo menos 5 vezes na semana) (1) sim Quantidade (1) babá ____ (2) motorista ____ (3) cozinheira ____ (4) copeira ____ (5) arrumadeira ____ (2) Não</p> <p>13 Banheiro (considerar vaso sanitário) (1) sim Quantidade _____ (2) Não</p>

49 MEIOS DE COMUNICAÇÃO UTILIZADOS: (1) Internet (2) Revista (3) Jornal (4) Televisão (5) Rádio (6) Telefone fixo (7) Celular (8) Outros _____
50 ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE: (1) Exclusivamente público (2) Plano de saúde (3) Público e privado
51 SERVIÇOS DE SAÚDE QUE JÁ FEZ ATENDIMENTO: (1) UBS (2) PA (3) HOSPITAL (4) CAPSad (5) Outros _____
52 COM QUANTOS MESES DE GESTAÇÃO VOCÊ COMEÇOU A FAZER O PRÉ-NATAL? _____ POR QUÊ? _____
53 DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO PARA ATENDER A SUA DEMANDA: (1) Imediato (2) Pegou fila (3) Teve que agendar (4) Demorou meses (5) Não tinha vaga (6) Outros _____
54 PORQUE VOCÊ VEIO REALIZAR O PRÉ-NATAL NESTA UNIDADE? (1) Indicação de familiar/amiga (2) Encaminhamento de profissionais de saúde (3) Ausência de serviços na região onde moro (4) Outros _____
55 COMO FOI O ACESSO PARA O PRÉ-NATAL NESTA UNIDADE: (1) Imediato (2) Pegou fila (3) Teve que agendar (4) Demorou meses (5) Não tinha vaga (6) Algum profissional do serviço facilitou (7) Outros _____
56 COMO VOCÊ SE DESLOCA PARA FAZER O PRÉ-NATAL: (1) Ônibus (2) Carro (3) Andando (4) Moto (5) Bicicleta (6) Outros _____
57 COMO FOI PARA REALIZAR OS EXAMES DE ROTINA SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL: (1) Imediato (2) Pegou fila (3) Teve que agendar (4) Demorou meses (5) Não tinha vaga (6) conhece alguém do serviço que facilitou (7) Outros _____
58 CONSEGUIU FAZER TODOS: (1) Sim (2) Não () Ainda não fez SE NÃO, QUAIS FALTARAM: _____
59 COMO FOI PARA REALIZAR A USG SOLICITADA NO PRÉ-NATAL: (1) Imediato (2) Pegou fila (3) Teve que agendar (4) Demorou meses (5) Não tinha vaga (6) conhece alguém do serviço que facilitou (7) Ainda não fez (8) Outros _____
60 TOMOU AS VACINAS SOLICITADAS NO PRÉ-NATAL: (1) Sim (2) Já estava imunizada (3) Não () Ainda não SE NÃO, ou AINDA NÃO, JUSTIFIQUE _____
61 SERVIÇOS PÚBLICOS UTILIZADOS: (1) A. Social (2) A. Psicológica (3) Educação (4) Creche (5) SAMU/ambulância (6) Outros _____
62 VOCÊ RECEBE VISITA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE? (1) Sim (2) Não
63 SITUAÇÃO DE CONFLITOS COM A JUSTIÇA: 1 pessoal 2 parceiro 3 familiar () Tráfico () Delito () Violência () Homicídio () Trabalhista () Outro _____
64 GRUPOS DE APOIOS OU REDES SOCIAIS: (1) Alcoólicos anônimos (2) Narcóticos anônimos (3) amigos (4) Igreja/centro (5) Internet (6) outros
65 JÁ OUVIU FALAR EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: (1) Sim (2) Não Se sim QUAIS: _____ (65.1 codificar depois)
66 CONHECE ALGUM PROGRAMA DO GOVERNO VOLTADO PARA AS MULHERES: (1) Sim (2) Não Se sim QUAIS: _____ (66.1 codificar depois)
67 JÁ REBEBEU ALGUMA ORIENTAÇÃO SOBRE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DURANTE A GESTAÇÃO: (1) Sim (2) Não SE NÃO PULAR AS QUESTÕES 65 E 66
68 ONDE: (1) Casa (2) Escola (3) Serviço de saúde (4) Igrejas (5) Associação de moradores (6) Outros _____
69 DE QUEM: (1) Familiar (2) Enfermeira (3) Outro profissional de saúde (4) Professora (5) Amigo(a) (6) Outros _____
70 DURANTE O ACOMPANHAMENTO NO PRÉ-NATAL PARTICIPOU DE ALGUMA ATIVIDADE EDUCATIVA/PALESTRA ? : (1) Sim (2) Não Se Sim, quem realizou? _____ (67.1 codificar depois) Quais os temas abordados? _____ (67.1.1 codificar depois)

<p>71 ALÉM DA CONSULTA DE PRÉ-NATAL VOCÊ RECEBE/RECEBEU ALGUM OUTRO ATENDIMENTO NESTA UNIDADE: (1) Sim (2)Não Se sim QUAL: _____ (71.1 codificar depois)</p>
<p>72 PARA VOCÊ O SERVIÇO DE SAÚDE É ORGANIZADO: (1) Sim (2)Não (3) Mais ou menos (4) Não se aplica(1ª consulta)</p> <p>Justifique _____</p>
<p>73 A ESTRUTURA FÍSICA DA UNIDADE ATENDE A SUAS NECESSIDADES DURANTE O PRÉ-NATAL? (1) Sim (2)Não (3) Mais ou menos (4) Não se aplica(1ª consulta) Justifique/ o que falta? _____</p>
<p>74 OS RECURSOS DISPONIBILIZADOS PELA UNIDADE DURANTE AS CONSULTAS DO PRÉ-NATAL, ATENDEM SUAS NECESSIDADES : (1) Sim (2)Não (3) Mais ou menos 4) Não se aplica (1ª consulta) Justifique/ o que falta? _____</p>
<p>75 OS PROFISSIONAIS TE ATENDEM DE FORMA ADEQUADA? (1) Sim (2)Não (3) Mais ou menos (4) Não se aplica(1ª consulta) Justifique _____</p>

APÊNDICE E – Roteiro de Entrevista Semiestruturada**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

DATA: _____

IDENTIFICAÇÃO

Iniciais do nome e pseudônimo: _____

Idade: _____ Raça/cor: _____

Escolaridade: _____

Trabalho/ocupação: _____ Condição financeira: _____

Situação da moradia: onde vive/ tipo de moradia/Com quem mora: _____

Situação conjugal: _____ Filhos: _____

QUESTÕES NORTEADORAS

1. FALE-ME SOBRE SUA GRAVIDEZ
2. FALE-ME SOBRE AS DROGAS NA SUA VIDA.
3. FALE-ME SOBRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE UTILIZADOS

APÊNDICE F - Quadro de caracterização sociodemográfica

Participantes	Pseudônimo	Idade (Anos)	Cor	Religião	Escolaridade	Condição financeira	Situação conjugal	Nº Filho	Profissão	Emprego	Auxílio do governo	Renda Familiar
E1	Patrícia	31	Preta	Evangélica	Fundamental incompleto- 3ª série	Totalmente Independente	Solteira	02	-	-		Meio salário
E2	Índia	35	Preta	Evangélica	Médio incompleto	Totalmente dependente	Solteira	02	-	-	Bolsa família	2 salários
E3	Maria	33	Preta	Católica	Fundamental incompleto – 3ª série	Totalmente dependente	União Estável	04	-	-		1 salário
E4	Beatriz	32	Parda	Evangélica	Fundamental completo (8 série)	Totalmente Dependente	Solteira	03	-	-	Bolsa família	1 salário e meio
E5	Larissa	22	Parda	Evangélica	Fundamental incompleto	Parcialmente dependente	União Estável	02	Auxiliar de cozinha	Afastada	Bolsa família	2 salários
E6	Luna	21	Preta	Católica	Médio Completo	Totalmente dependente	União Estável	00	-	-	-	1 salário
E7	Isadora	28	Preta	Evangélica	Médio Incompleto	Totalmente Independente	Solteira	00	Call center	Telemarketing	Bolsa família	2 salários
E8	Marlení	29	Parda	Evangélica	Médio Completo	Parcialmente dependente	Casada	02	Artesã	Autônoma	Bolsa família	1 salário e meio

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADES DE GESTANTES ENVOLVIDAS COM ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Pesquisador: ANNE JACOB DE SOUZA ARAUJO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14393913.1.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 268.646

Data da Relatoria: 03/04/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa vinculada ao PPGEnf UFBA para elaboração de dissertação de mestrado que aborda uma temática relevante, cujo alcance dos objetivos poderá dar visibilidade de situações de vulnerabilidades feminina no fenômeno das drogas e, conseqüentemente, para a melhoria na qualidade da atenção à saúde da mulher.

Objetivo da Pesquisa:

a) conhecer as características sociodemográficas e de saúde de gestantes atendidas numa maternidade pública de Salvador; b) identificar vulnerabilidades de gestantes atendidas numa maternidade pública de Salvador a partir de suas características sociodemográficas e de saúde; c) descrever as formas de envolvimento das gestantes com as drogas; d) analisar vulnerabilidades de gestantes decorrentes do seu envolvimento com drogas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco contemplado perpassa pela possibilidade da participante ficar constrangida ou relembrar momentos que não sejam bons.

Quanto aos benefícios a autora reconhece que não haverá nenhum benefício direto.

Entretanto, espera que a pesquisa possibilite maior compreensão acerca do fenômeno das drogas, de forma a contribuir para a discussão de ações possíveis de

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 268.646

serem desenvolvidas nos serviços de atenção à mulher.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Bem delimitada, apresenta critérios de seleção dos sujeitos adequados. É exequível e relevante para as políticas de saúde da mulher. Os benefícios superam os riscos. Trata-se de estudo financiado pelo CNPQ.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados. No TCLE recomendamos que a autora inclua mais um meio de contato, além do nº telefone celular, dada a possibilidade deste ser temporário, haja vista a vulnerabilidade para perda. Um endereço eletrônico é plausível, assim como o contato do CEP co-responsável pela pesquisa.

Recomendações:

Apenas a inclusão de meio de contato descrito acima.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando que a proposta atende todos os princípios bioéticos emanados da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e encontra-se em conformidade metodológica, sou de parecer favorável à aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A plenária Aprova o Parecer de APROVAÇÃO emitido pelo relator.

SALVADOR, 10 de Maio de 2013

Assinador por:
DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela CEP: 41.110-060
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 Fax: (71)3283-7615 E-mail: cepee.ufba@ufba.br