

O USO DE ÁLCOOL, TABACO E MACONHA DURANTE A GESTAÇÃO E OS FATORES DIFICULTADORES DO CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

THE USE OF ALCOHOL, TOBACCO, AND MARIJUANA DURING PREGNANCY AND THE FACTORS THAT HINDER NURSING CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

EL CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y MARIHUANA DURANTE EL EMBARAZO Y LOS FACTORES QUE DIFICULTAN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

 <https://doi.org/10.56238/arev7n11-249>

Data de submissão: 20/10/2025

Data de publicação: 20/11/2025

Milene Fernandes da Silva

Mestrado em Saúde Coletiva

Instituição: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (UNICAMP)

E-mail: milenefsilva15@gmail.com

RESUMO

Esse estudo tem como objetivo principal analisar o papel do enfermeiro no cuidado as gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS). Os objetivos específicos são compreender a relação do enfermeiro com as gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha; analisar como é realizado o atendimento do enfermeiro a gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha e sobre os serviços de saúde na APS prestados a essa população específica; identificar o papel da APS com essas gestantes e desenvolver um formulário de primeira consulta Pré Natal com intuito de direcionar o profissional enfermeiro na identificação e no atendimento as gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, baseado em entrevistas que buscam entender um fenômeno específico em profundidade. Foram entrevistados 10 enfermeiros atuantes na ESF do município de Inhapim-MG. Todo o material será analisado através da análise de conteúdo de Bardin. Assim, a partir da experiência de situações vivenciadas pelos enfermeiros na APS, objetivou-se uma melhor compreensão no aspecto da questão de mulheres gestantes usuárias de álcool e drogas, o papel do profissional enfermeiro mediante a esse público e das políticas voltadas a saúde pública, com intuito de intensificar questões que adicione ao trabalho junto à área, na elaboração de ações que impulsionem e capacitem os profissionais a fim de resgatar com ênfase ao público feminino, que esteja na condição de gestante, que estejam abarcadas com álcool e outras drogas. Foi obtido como resultados da pesquisa a unanimidade sobre a abordagem do uso de drogas no primeiro contato às gestantes, em específico, durante o cadastro pré natal na realização do formulário de dados dos testes rápidos de IST. Observou-se também a importância da APS e do trabalho multidisciplinar no atendimento a esse público em questão, dando ênfase ao cuidado humanizado e a relevância do acolhimento para criação de vínculos gestante-profissional. Sobre a redução de danos foi mínimo os relatos e sua aplicabilidade, sendo mais evidenciado o uso de encaminhamentos da ESF a outros setores da saúde, principalmente devido a falta de capacitações relatado por todas as enfermeiras entrevistadas. Além do despreparo profissional evidenciou-se a baixa adesão ao tratamento e acompanhamento por parte das usuárias, assim como a logística de deslocamento para realização de exames e outros tipos de cuidado na gestação devido a extensa área territorial rural do município.

Palavras-chave: Cuidado Pré Natal. Drogas. Enfermeiro. Atenção Primária a Saúde.

ABSTRACT

This study to analyze the role of nurses in the care of pregnant women who use alcohol, tobacco and marijuana in the context of Primary Health Care in Brazil. The specific objectives are to understand the relationship between nurses and pregnant women who use alcohol, tobacco and marijuana; to know the perceptions and beliefs of these professionals about women who use alcohol, tobacco and marijuana. It is a qualitative, descriptive and exploratory study. Based on interviews that will seek to understand a specific phenomenon in depth. A total of 10 nurses working in the city of Inhapim-MG were interviewed. All the material will be analyzing with Bardin's content analysis. Thus, based on the experience of situations experienced by nurses in PHC, the objective is to better understand this aspect of the issue of pregnant women who use alcohol and drugs, the role of the professional nurse through this public and public policies, seeking to explain issues that contribute to the work in the area, in the elaboration of actions that boost and train professionals in order to rescue, especially pregnant women who have some involvement with alcohol and other drugs. The results of the research were unanimous on the approach to drug use in the first contact with pregnant women, specifically during prenatal registration in the realization of the data form of rapid STI tests. The importance of PHC and multidisciplinary work in the care of this public in question was also observed, emphasizing humanized care and the relevance of welcoming to create bonds between pregnant women and professionals. Regarding harm reduction, the reports and their applicability were minimal, with the use of FHS referrals to other health sectors being more evident, mainly due to the lack of training reported by all the nurses interviewed. In addition to the lack of professional preparation, the low adherence to treatment and follow-up by the users was evidenced, as well as the logistics of travel for exams and other types of care during pregnancy due to the extensive rural territorial area of the municipality.

Keywords: Prenatal Care. Drugs. Nurse. Primary Health Care.

RESUMEN

Este estudio analiza el rol de las enfermeras en la atención de mujeres embarazadas que consumen alcohol, tabaco y marihuana en el contexto de la Atención Primaria de Salud (APS). Los objetivos específicos incluyen comprender la relación entre las enfermeras y las mujeres embarazadas que consumen alcohol, tabaco y marihuana; analizar cómo las enfermeras brindan atención a estas mujeres y los servicios de salud que se les ofrecen en la APS; identificar el rol de la APS con estas mujeres; y desarrollar un formulario para la primera consulta prenatal que oriente a las enfermeras en la identificación y atención de mujeres embarazadas que consumen alcohol, tabaco y marihuana. Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio basado en entrevistas que buscan comprender a fondo este fenómeno. Se entrevistó a diez enfermeras que trabajan en la Estrategia de Salud Familiar (ESF) del municipio de Inhapim, Minas Gerais. Todo el material se analizará mediante el análisis de contenido de Bardin. Así, a partir de las experiencias de enfermeras de Atención Primaria de Salud (APS), el objetivo fue comprender mejor la problemática de las mujeres embarazadas que consumen alcohol y drogas, el rol de la enfermería en relación con esta población y las políticas de salud pública, con el fin de profundizar en los aspectos que contribuyen al trabajo en este ámbito, en el desarrollo de acciones que promuevan y empoderen a los profesionales para brindarles apoyo, con especial énfasis en las mujeres embarazadas afectadas por el consumo de alcohol y otras drogas. Los resultados de la investigación mostraron unanimidad en cuanto al abordaje del consumo de drogas en el primer contacto con las mujeres embarazadas, específicamente durante el registro prenatal al completar el formulario de datos para las pruebas rápidas de ITS. También se observó la importancia de la APS y el trabajo multidisciplinario en la atención a esta población, haciendo hincapié en la atención humanizada y la relevancia de la acogida para crear vínculos entre las mujeres embarazadas y los

profesionales. En cuanto a la reducción de daños, los informes y su aplicabilidad fueron mínimos, siendo más evidente el uso de derivaciones de la Estrategia de Salud Familiar (ESF) a otros sectores de salud, principalmente debido a la falta de formación manifestada por todas las enfermeras entrevistadas. Además de la falta de preparación profesional, se evidenció una baja adherencia al tratamiento y al seguimiento por parte de las usuarias, así como las dificultades logísticas para desplazarse a las consultas y otros tipos de atención durante el embarazo debido a la extensa zona rural del municipio.

Palabras clave: Atención Prenatal. Medicamentos. Enfermería. Atención Primaria de Salud.

1 INTRODUÇÃO

A palavra “droga”, em seu sentido etimológico original, é um termo de abrangência de uma vasta quantidade de substâncias. Em medicina, refere-se a qualquer substância com o potencial de prevenir ou curar doenças ou aumentar o bem-estar físico ou mental; em farmacologia, refere-se a qualquer agente químico que altera os processos bioquímicos e fisiológicos de tecidos ou organismos. Portanto, droga é uma substância que é, ou pode ser incluída em uma farmacopeia¹.

Contudo, em um contexto legal e no sentido corrente (fixado depois de quase um século de repressão ao consumo de certas drogas), o termo "droga" refere-se, geralmente, a substâncias psicoativas e, em particular, às drogas ilícitas ou àquelas cujo uso é regulado por lei, por provocarem alterações do estado de consciência do indivíduo. Certos fármacos de uso médico controlado, tais como os opiáceos, também podem ser tratados como drogas ilícitas, quando produzidos e comercializados sem controle dos órgãos sanitários ou se consumidos sem prescrição médica².

A Organização Mundial de Saúde - OMS³, considera o termo que "droga é qualquer substância que, não sendo produzida pelo organismo, tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas, produzindo alterações em seu funcionamento" e conceitua drogas psicotrópicas como "aqueles que agem no sistema nervoso central produzindo alterações de comportamento, humor e cognição, possuindo grande propriedade reforçadora, sendo passível de autoadministração".

No Brasil, a legislação define como droga "as substâncias ou produtos capazes de causar dependência, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder executivo da União" segundo o parágrafo único do art. 1º da Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006 (Lei de Drogas). São consideradas drogas todos os produtos e substâncias listados na Portaria n.º SVS/MS 344/98 do Ministério da Saúde, sendo eles distribuídos em grupos: A1 e A2 (entorpecentes), A3, B1 e B2 (psicotrópicas), C3 (imunossupressores) e D1 (precursores).

A Lei nº 11.343/2006 criou o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) tendo como objetivo a realização de atividades voltadas a prevenção do uso de drogas lícitas e não lícitas, voltando o atendimento para a reinserção social deses usuários e dependentes químicos; assim como o controle da produção ilegal e do tráfico ilícito de drogas.

Houve algumas alterações na Lei de Drogas (Lei nº 11.343/2006) com a inserção da Lei nº 13.840/2019, acrescentando um parágrafo no art. 3º da legislação existente com a definição do que é o SISNAD:

Art. 3º (...) § 1º Entende-se por Sisnad o conjunto ordenado de princípios, regras, critérios e recursos materiais e humanos que envolvem as políticas, planos, programas, ações e projetos sobre drogas, incluindo-se nele, por adesão, os Sistemas de Políticas Públicas sobre Drogas dos Estados, Distrito Federal e Municípios (Texto da Lei 13.840/2019).

Adicionado também um parágrafo que relata que o SISNAD deverá exercer sua função juntamente com o SUS e com o SUAS: “Art. 3º (...) § 2º O Sisnad atuará em articulação com o Sistema Único de Saúde - SUS, e com o Sistema Único de Assistência Social – SUAS” (Texto da Lei 13.840/2019).

O tratamento do usuário ou dependente de drogas deverá ser realizado em uma rede de atenção à saúde, com prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial. Será ofertado atendimento individual ao paciente usuário e/ou dependente. Deverá ser oferecido atendimento individualizado ao usuário e/ou dependente químico com ênfase nas práticas preventivas e, quando houver indicação, haverá atendimento ambulatorial.

Ainda que traga novidades em algumas questões, a nova legislação Antidrogas, ainda encontra muitos percalços. Podemos destacar como barreiras diversos quesitos, sendo alguns: a medida tradicional opressiva aos usuários de drogas; a ausência de políticas públicas que visem ações preventivas na elaboração de projetos; falta de estrutura das instituições policiais, nas esferas federal, estadual e municipal; carência de estabelecimento de ensino público e privado que desenvolvam ações pedagógicas com intenção de prevenir o uso indevido de substâncias; limitações referentes à alimentação de bancos de dados da saúde para fins de dados estatísticos e epidemiológicos; a ausência de verbas que regularize o regime de atendimento aos usuários e dependentes de drogas, juntamente com o acompanhamento da família, em conjunto com a rede pública (SUS); carência de recursos humanos capacitados⁴.

No Brasil, a Política Nacional sobre Drogas, atualmente representada pela Secretaria Nacional de Cuidados e Prevenção às Drogas do Ministério da Cidadania, em concordância com a Medida Provisória nº 870, de 1º de janeiro de 2019 aprova o Decreto Nacional nº 9.761, de 11 de abril de 2019, trata da implantação de estratégias de acolhimento, prevenção, tratamento, apoio, recuperação e reinserção social desse indivíduo⁵.

No campo dos estudos na área da saúde, em especial no cuidado a usuários da APS, estudos empíricos ressaltam as dificuldades na assistência a usuários de drogas, tais como: “dificuldade em estabelecer vínculo e o preconceito contra estes usuários, a centralização da assistência em serviços especializados, como o CAPSad, e a persistência no imaginário social do modelo institucionalizante como alternativa mais eficaz” (p.231)⁷. O profissional de enfermagem é central na assistência prestada na APS, tendo contato imediato no cuidado a usuários de drogas. É importante ressaltar que o uso de drogas está aumentando entre as mulheres, com implicações diretas no aumento de gestação sob essa condição, tornando um fato de maior preocupação à atenção e à abordagem aos possíveis danos e prejuízos envolvidos a elas, sob o horizonte da integralidade e dos direitos¹.

Segundo Portela⁸, embora muitos sejam os estudos sobre o uso de drogas no cenário brasileiro, poucos são os que abarcam a voz da mulher e da gestante. Dessa forma, a assistência pré-natal deve apostar na escuta, na formação do vínculo e em ações compartilhadas de cuidado, desde as micro até as macrorrelações.

Dessa forma, em virtude da importância do tema, objetiva-se que o exposto desse trabalho possa acrescentar para esclarecer o problema, propondo reflexões e perspectivas inovadoras ao tema do estudo. Assim, no momento da identificação de uso de drogas pelas gestantes, é extremamente necessário o acolhimento e comprometimento da equipe multidisciplinar para que se elaborem estratégias de abordagem a esta mulher⁹.

Dessa forma, a presente pesquisa apresenta como produto técnico um guia informativo para o profissional de enfermagem quanto à condução do Pré-Natal a gestantes usuárias de álcool, tabaco e/ou maconha para manejo na APS. O produto técnico foi produzido a partir da pesquisa realizada e da validação do material, após banca de qualificação, junto aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde.

O objetivo principal do presente artigo é analisar o papel do enfermeiro no cuidado a gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha no contexto da Atenção Primária à Saúde, no município de Inhapim –MG.

2 CAPÍTULO I: NOS ENTREMEIOS - ENTRE O USO DE DROGAS E O CUIDADO DE ENFERMAGEM

No percurso conceitual deste trabalho que constitui o primeiro capítulo da Dissertação, abordaremos duas vertentes teóricas de discussão, a primeira especificamente sobre o uso de drogas no período de gestação; e, a segunda, acerca do papel do profissional de enfermagem com atuação na APS para o cuidado a gestantes usuárias de drogas.

2.1 O USO DE DROGAS DURANTE A GESTAÇÃO COM êNFASE EM ÁLCOOL, TABACO E MACONHA

A gestação é um período de transformações na vida feminina, visto que causa modificações significativas em seu corpo, no seu papel sociofamiliar e no seu estado psicoemocional. Vistos as transformações geradas durante o período gestacional, a mulher precisa adaptar não apenas o seu organismo para receber um novo ser, mas também o seu estado mental, devido a carga psicológica de estar gestando um novo ser¹⁰.

O uso ou a dependência de substâncias psicoativas são capazes de provocar consequências físicas, mentais e emocionais potencialmente graves para a mãe. O consumo de substâncias contribui para o surgimento de inúmeras doenças metabólicas. Em parte, isso ocorre devido à influência da toxicidade no funcionamento das glândulas secretoras de hormônios. Doenças de ordem psíquicas, como a esquizofrenia, o surto psicótico, a síndrome do pânico e o risco de suicídio são os que mais representam preocupação para as diversas instituições de saúde e de assistência social, além das esferas da sociedade, como exemplo, a rede familiar e políticas de governo¹¹. Para a sociedade, as consequências das drogas geram impactos negativos em variados contextos e contribuem para acentuar os problemas sociais já presentes em nosso cotidiano. A violência e a intrínseca relação com o crime são questões que desafiam bastante as entidades governamentais.

Para o usuário, o consumo desenfreado dessas substâncias causa o comprometimento da capacidade crítica, reduz o juízo de valor e o torna refém da marginalidade e da exclusão social. No Brasil, conforme Lima et al¹², observou-se um aumento da população feminina usuária de drogas ao longo do tempo, sejam elas lícitas ou ilícitas. Sendo que pelo menos um quarto da população feminina usuária, enquadra-se no grupo de gestantes.

Pode haver diversos fatores desencadeantes e associados ao uso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação, seja por uma busca de enfrentamento do problema e/ou uma fuga da realidade a qual se insere¹³. Entre os fatores de risco pode ser citado a violência contra a mulher e suas diversas formas: psicológica, física e sexual. Ainda sobre os fatores podemos citar aspectos psicossociais como estresse, ansiedade, depressão e falta de suporte social para a mulher, como uma rede de apoio social⁶.

Segundo Albuquerque¹⁴, além dos problemas para a mãe também há prejuízos para o bebê, uma vez que a maioria dessas substâncias ultrapassam a barreira placentária e chegam até a corrente sanguínea do feto. Essas drogas podem, ainda, ultrapassar a barreira hematoencefálica sem metabolização prévia, atingindo o sistema nervoso do bebê.

Ao longo dos últimos anos têm evidenciado um aumento considerável do consumo de álcool e outras drogas durante a gravidez. Estudos epidemiológicos realizados em diferentes estados brasileiros evidenciaram a alta prevalência do uso de substâncias psicoativas entre gestantes. No Rio Grande do Sul, em serviço ambulatorial na cidade de Pelotas, a prevalência entre gestantes foi de 28,7%, com 1,1% de uso entre puérperas, destacando-se o álcool e o tabaco¹⁵. Em serviço hospitalar na cidade de Belo Horizonte, MG, a prevalência do uso de drogas lícitas e ilícitas antes da gestação foi de 32,3% e 15,5% na gestação, com destaque para o uso de álcool, tabaco e maconha¹⁶. Menezes et al¹⁷ aborda sobre as consequências do uso de drogas durante a gravidez, concluindo que 2,05% (37) das gestantes entrevistadas usavam álcool, 1,00% (19) faziam uso de tabaco, 1,22% (22) eram usuárias da maconha,

(17; 0,94%) usavam cocaína e (47; 2,61%) eram usuárias de crack, arriscando assim sua saúde o desenvolvimento do feto. Nessa pesquisa, os autores explanam sobre os malefícios que essas drogas podem acarretar na vida do binômio mãe/filho e torna-se indispensável a este estudo abordar sobre as consequências do uso das principais drogas por mulheres gestantes usuárias de substâncias.

Esta associação deve ser motivo de grande preocupação e, consequentemente, de investigação constante por parte dos profissionais de saúde na assistência ao pré-natal, dentre estes se destacam os profissionais de enfermagem.

Desta forma, considera-se a necessidade da adoção de instrumentos de rastreamento precoces na rotina obstétrica, uma vez que existe uma tendência atual de aumento do consumo de álcool e outras drogas por mulheres em idade reprodutiva, alta probabilidade de problemas do desenvolvimento na prole de gestantes de risco para consumo de álcool e outras drogas e, ainda, dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde para a identificação do uso de álcool e outras drogas pela gestante¹⁸.

Vale ressaltar que nenhuma droga é segura para o uso durante a gestação. E em relação ao álcool e outras drogas não existe recomendação de dose. O potencial efeito teratogênico não pode ser desconsiderado pela equipe, pois o consumo ainda que de baixos níveis durante a gestação pode ocasionar deformidades e alterar o desenvolvimento fetal¹⁹.

O consumo de álcool realizado de forma demasiada é também é um problema comprometendo as funcionalidades do organismo e ocasionando danos graves e até mesmo irreversíveis a pessoa que o ingere. Durante o período gestacional, o uso dessa substância traz maior preocupação devido as consequências que podem estar atribuídas ao seu consumo. Quando a gestante faz uso do etanol, este ultrapassa a barreira placentária, expondo o feto às mesmas concentrações presentes no sangue da mãe. Dessa forma, o feto possui uma exposição maior, visto que o metabolismo e a excreção são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico possua uma concentração alta dessa substância. Contudo, o uso e o abuso do álcool durante a gestação possui relação com o aumento do índice de abortos, além de comprometer o parto, ocasionando maior risco de infecções, parto pré-maturo, placenta com deslocamento prévio, útero com hipertonia, líquido amniótico com presença de meconígio, colocando em risco o desenvolvimento do feto e trazendo complicações ao recém-nascido¹⁷.

De acordo com Coutinho²¹, a droga ilícita mais consumida durante a gestação é a maconha, o que traz como preocupação o acometimento do crescimento do feto e seu ganho ponderal de peso. Devido a maconha ser considerada por seus usuários como droga de origem natural, acredita-se que seu uso aconteça de forma inofensiva à gestação, sendo defendido pelos seus usuários como algo que não trará alteração no desenvolvimento gestacional.

O uso abusivo da maconha, em um período de pelo menos um ano, pode provocar o surgimento da Síndrome da Hiperêmese por Canabinoide (SHC). A gestante pode apresentar quadros de ansiedade e agitação durante a fase prodromica, náuseas e vômitos contínuos sem resultado após antieméticos e compulsão por banhos quentes, durante a êmese, e por fim, a última fase, apontada de “recuperação”, é quando os sintomas são tratados. A maconha quando usada pela gestante, é capaz de acarretar prejuízos ao feto, desde a diminuição da perfusão uteroplacentária, comprometendo o desenvolvimento do feto e, por conseguinte, ocasionar um crescimento intrauterino restrito (CIUR), até o aborto²².

Comum de identificar as usuárias das drogas de abuso como portadoras de taxas maiores de infecção sexualmente transmissíveis (ISTs), vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites, violência doméstica e depressão quando comparadas com as mulheres não usuária²³. Como consequência, esse grupo de mulheres apresenta menor adesão às consultas pré-natais e um número maior de complicações gestacionais⁶.

Importante salientar que a orientação e o cuidado á gestantes usuárias de substâncias são altamente complexos, e se faz necessário o acompanhamento de uma equipe multiprofissional profissional (enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo etc) havendo sensibilidade ao atendimento e que estejam capacitados para abordar cada paciente mediante suas individualidades.

O rastreamento durante a consulta pré-natal é a melhor estratégia para identificar as usuárias de droga e, também, os fatores de risco para o consumo pelas gestantes, a exemplo: baixa autoestima, problemas financeiros, ansiedade e problemas nos relacionamentos afetivos, em especial com o parceiro²⁴.

Há vários quesitos que podem levar com que esta paciente não faça adesão ou descontinue o pré-natal, podendo levar em consideração o vício em si e/ou o olhar preconceituoso da sociedade aos usuários de drogas. Faz-se necessário que durante o pré natal haja ações facilitadoras para trazê-las ao acompanhamento, tendo em vista que apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Além disso, a maioria das usuárias abandonam os filhos ou pode ser considerada pela justiça, incapaz para os cuidados com o mesmo²⁵.

Trata-se de uma gestação de alto risco em razão não somente do uso da droga durante o período de desenvolvimento do feto, mas também da condição de risco social e emocional dessas mulheres. O diagnóstico precoce favorece a intervenção e cria possibilidade de acesso a serviços especializados de tratamento e alternativas de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação evitando e/ou amenizando complicações maternas e neonatais.

2.2 A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CUIDADO COM PACIENTES GESTANTES E USUÁRIAS DE DROGAS

Foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde a implementação da Estratégia de Saúde da Família, a fim de operacionalizar a Atenção Primária em Saúde no Brasil, visando, dentre uma de suas propostas, oportunizar um estreitamento de vínculo entre os profissionais da saúde e a população. Esta atenção com o grupo familiar, em uma perspectiva coletiva é um dos princípios desta proposta, a partir da delimitação geográfica e da compreensão de que cada comunidade tem a sua particularidade e suas necessidades de saúde, tanto na perspectiva individual quanto coletiva²⁶. A territorialização em Saúde extremamente importante e se faz necessária na APS, pelo fato de permitir conhecer e reconhecer o território onde a Unidade Básica de Saúde (UBS) está localizada, de modo a possibilitar uma atuação no território delimitado e determinado²⁷.

A partir do processo de delimitação e reconhecimento da área, é possível conhecer as condições de vida e situação de saúde de determinada área/microárea, afim de aplicar intervenções eficazes e pontuais de acordo com a realidade local. Nesse sentido, no processo de territorialização, os profissionais devem operar sobre uma base territorial muito bem definida, tendo em vista, que também é uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas²⁸.

Dessa forma permite conhecer a dinâmica espacial de lugares e de populações, a fim de que seja possível contribuir e diagnosticar a forma de vida dessas famílias no âmbito econômico e social, visto que, representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde. O reconhecimento do território é um passo básico para a caracterização da população, sinalizam uma etapa primordial para a caracterização descritiva e analítica das populações humanas e de seus problemas de saúde afim de se definir o cuidado necessário em saúde²⁹.

A palavra “cuidado” é derivada do latim, que é coera, sendo utilizada principalmente em contextos de relacionais amorosos e de amizade. Exprime uma ação relacionado ao cuidado, de esmero, de cautela e de inquietação pela pessoa ou objeto prezado³⁰. O cuidado em enfermagem, traz essa concepção de colocar-se no lugar do outro, para tentar promover e restaurar o bem-estar físico, o psíquico e o social e ampliar as possibilidades de viver e prosperar, bem como as capacidades para associar diferentes possibilidades de funcionamento factíveis para a pessoa¹⁴.

Neste contexto Araújo³¹ cita o profissional enfermeiro, agente essencial neste processo da Unidade de Saúde da Família onde exercendo com importância seu papel de cuidado, prestando assistência aos pacientes necessitados, organizando a rotina da ESF, planejando ações e executando atividades em conjunto com a comunidade. A enfermagem, por sua vez, passa a ser responsável por

uma população adscrita sob sua responsabilidade, tornando-se referência para sua comunidade, além de desenvolver um trabalho centrado no usuário, com um olhar para a sua área de abrangência³².

De acordo com Ruschi³³, a cobertura pré-natal no Brasil ainda vem mostrando suas fragilidades, como diferenças regionais que envolvem o acesso, o conteúdo, a estrutura e os processos assistenciais dos profissionais de saúde, o que acaba por refletir na qualidade do cuidado. Um dos objetivos do acompanhamento do pré-natal é garantir o desenvolvimento de uma gravidez saudável e, para tal, de acordo com as recomendações do MS, existe um arsenal de estratégias que devem ser utilizadas pela equipe da ESF, em especial o enfermeiro.

Dentre essas estratégias o MS preconiza que a captação dessa gestante para o pré-natal deva acontecer no período pré-concepcional, porém estudos anteriores vêm demonstrando que os índices dessa atividade estão abaixo do desejado, pois em muitos casos essa captação acontece quando a gestante se encontra no segundo ou terceiro trimestre gestacional³⁴.

O enfermeiro tem como atribuição prestar informações a gestante e seus familiares durante o pré-natal. Esta forma de acolhimento faz com que se crie uma relação de confiança entre a equipe de enfermagem e a população, fazendo com que esses profissionais possam prestar o melhor atendimento a gestante.

Realização de consulta pré-natal de baixo risco; solicitação de exames de rotina e prescrição de medicações de acordo com o protocolo do MS ou do serviço; encaminhando as gestantes de alto risco para o serviço de referência; realizando atividades educativas, registrando os dados da consulta no cartão da gestante, bem como a captação precoce para o pré-natal e estabelecimento do vínculo através do acolhimento, são algumas das funções do profissional enfermeiro³⁶. Durante as consultas de pré-natal, é imprescindível a realização de uma avaliação do estado físico e emocional em que a gestante se encontra, para que o período gestacional seja conduzido de maneira a promover a saúde tanto da mãe quanto do feto³⁷.

O profissional de enfermagem ao identificar a gestante usuária de droga durante a assistência pré-natal deve atentar-se também os fatores que contribuem para que a gestante consuma algum tipo de drogas, como por exemplo: a baixa autoestima, condições financeiras, distúrbios psíquicos, ansiedade e relacionamentos conturbados e abusivos. Dessa forma, as condutas realizadas pelo profissional poderão favorecer para a diminuição das intercorrências na gestação⁸. Quando estes profissionais se deparam com situações de uso de drogas pelas gestantes é preciso criar estratégias para aproximação dessa mulher, mostrando a elas as consequências causadas pelo uso de drogas durante esse período e conduzir a gestante usuária de substâncias conscientizando-as dos malefícios que podem ser ocasionar a ela e ao feto.

Algumas das complicações mais frequentes são: parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, descolamento prematuro de placenta, síndrome de abstinência neonatal e admissão em unidades de terapia intensiva neonatais. Além dos efeitos adversos na gestação, ainda há preocupação com os riscos de alterações no neurodesenvolvimento e de comprometimento futuro das condições de saúde dos filhos das gestantes usuárias³⁸.

A grávida que faz uso de drogas apresenta baixa adesão as consultas de pré-natal, além de não serem participativas em grupos de gestantes e apresentarem risco maior de alguma intercorrências obstétricas e/ou fetais. O enfermeiro sendo o profissional que faz o contato direto com estas pacientes, necessita de uma capacitação para desenvolver a sensibilidade de envolver esta gestante usuária de drogas para que a mesma prossiga com o atendimento e os cuidados necessários no pré-natal. Dessa forma o enfermeiro precisa planejar e executar um trabalho com eficiência para com esta paciente e buscar atender as necessidades da comunidade a qual presta assistência³⁹.

Esse tema despertou interesse devido ao aumento do consumo de drogas psicoativas e da interpretação de que a mulher vem sendo cada vez mais identificada neste índice. E a partir desse aumento significativo do uso de drogas principalmente por mulheres e no estado gestacional, procura-se nesse trabalho abordar os profissionais enfermeiros afim de identificar se estão preparados para atender o público em questão e também identificar a importância do papel da Atenção Primária de Saúde nesse contexto.

Assim sendo, esse trabalho busca avaliar a importância da discussão do tema, referenciando os perigos que o uso de drogas pode trazer para a usuária e também para o feto, além das consequências físico-psíquicas, familiares e sociais.

3 CAPÍTULO II: METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo e exploratório, com análise temática, baseado em entrevistas que buscou entender um fenômeno específico em profundidade. A pesquisa qualitativa é responsável pelas descrições, comparações e interpretações, ao inverso de estatísticas, regras e outras abstrações.

Este tipo de desenho de pesquisa pretende-se mais participativa e, portanto, menos controlável, é utilizada para definir um problema e gerar hipóteses⁴⁰. Segundo Neves⁴¹, a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada ao longo de seu desenvolvimento e não busca enumerar ou medir eventos, e, geralmente, não emprega instrumental estatístico para análise dos dados. Dela faz parte a obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo.

Pode ser realizada em forma de entrevistas para a coleta de informações sobre determinado tema científico. É uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa. Devem ser realizadas perguntas desencadeadoras, que convidam o entrevistado a fazer descrições, para levar a conversa adiante. A pesquisa desse tipo tem como objetivo principal a descrição das peculiaridades de determinada população, fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis. Visa também salientar as características de um grupo, sua distribuição por idade, sexo, procedência, escolaridade, renda, entre outros^{42,43}.

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética por se tratar de dados que envolveram seres humanos de acordo com a Resolução CNS 196/96 e foi aprovada a partir do parecer de número 5.880.824.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas diretrivas semiestruturadas, as quais foram documentadas por meio de gravação, com posterior transcrição fidedigna realizada pela pesquisadora, sendo ouvida todas as falas sem critério de saturação. Segundo Minayo⁴², a entrevista semiestruturada tem como característica a proposição de um conjunto de perguntas ou questões estabelecida a partir de roteiro que se pretende “flexível”, em torno de um ou mais temas pesquisados com o intuito de esclarecer o objeto da pesquisa. Turato⁴⁴ acrescenta que, neste modelo de coleta de dados, a entrevista semiestruturada destaca-se como a mais adequada, pois é interativa, possibilitando a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tendo uma agenda flexível.

Para este estudo foram utilizados como critérios de inclusão: profissionais enfermeiros atuantes na Atenção Primária Saúde do município de Inhapim-MG. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 10 enfermeiras atuantes na APS do município, no período de maio a junho de 2023, tendo como tempo médio gasto em cada entrevista de 45 a 60 minutos com cada profissional.

Para as entrevistas, foram realizados contato via e-mail ou telefônico com cada enfermeiro, com posterior agendamento de data, horário e local previamente estipulados para que não atrapalhasse o andamento da rotina do serviço. Os enfermeiros atuantes dentro da área urbana da cidade foram entrevistados na unidade de saúde a qual atuavam. Os demais, devido a logística de deslocamento, foram entrevistados em uma sala reservada no prédio da secretaria municipal de saúde.

A cada entrevistado foi disponibilizado para análise um documento com informações sobre a pesquisa e posteriormente assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O roteiro (Apêndice 1) que guiou a realização das entrevistas foi estruturado em três blocos: o primeiro bloco abordou informações de identificação dos participantes da pesquisa, além de dados sobre formação profissional e tempo de atuação do profissional na APS. No segundo bloco foram conduzidas questões acerca dos atendimento de pré-natal, tanto de forma geral (como acontece

rotineiramente nos serviços), quanto em aspectos relacionados com uso de álcool e outras drogas por parte das usuárias dos serviços. Já o terceiro bloco trata de questões relacionadas com a percepção sobre a atuação do profissional de enfermagem nestes casos, desafios, limitadores, treinamento prévio e ferramentas de apoio para o cuidado a gestantes.

Todo o material gravado foi transscrito pela própria realizada pela própria pesquisadora. Tal escolha é parte do processo de análise das entrevistas. De acordo com Manzini⁴⁵, no momento da transcrição das entrevistas, o pesquisador já inicia o processo de impregnação de possíveis conteúdos para análise. Para apoiar a organização das falas transcritas dos entrevistados, foi construída uma planilha de Excel para extração dos dados. Todo o material será analisado através da análise de conteúdo, por Bardin⁴⁶, que possibilita inferir núcleos representativos além das informações convencionais, muitas vezes traduzindo intenções ocultas, constituindo um banco de dados rico em mensagens significativas podendo revelar uma nova realidade.

Bardin⁴⁶ a define como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases, a pré-análise, a exploração do material, e o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A fase de pré-análise consiste na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheram-se os documentos a serem analisados, formularam-se hipóteses ou questões norteadoras. A fase de Exploração do material é considerada a mais longa e cansativa, sendo o momento da codificação, em que os dados brutos são transformados de forma organizada e agregadas em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo. A codificação compreende a escolha de unidades de registro, a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Unidade de registro (UR) é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase⁴⁶.

3.1 O LOCAL DE ESTUDO

O local destinado a realização da pesquisa foi a cidade de Inhapim, um município brasileiro no interior do estado de Minas Gerais, Região Sudeste do país. Localiza-se no Vale do Rio Doce e sua população em 2022 era de 22 692 habitantes (IBGE, 2023). O município conta com 17 unidades de Estratégia Saúde da Família, sendo 06 unidades sede na área rural, possuindo unidades satélites de atendimento: ESF Alegre, ESF Brás (Januário e São Silvestre), ESF Itajutiba (Peixe e Bom Jesus do Rio Preto), ESF Jerusalém (Novo Horizonte), ESF Tabajara (São Tomé) e ESF Taquaral (Macadame), caracterizando uma vasta área territorial rural no município, tendo distritos como Tabajara, situado a 80 km de distância da cidade. Na área urbana possui apenas 04 unidades de saúde, sendo elas: ESF

Esperança, ESF Santa Clara e ESF Santo Antônio. Possui também 01 unidade de Centro de Atenção Psicossocial Adulto (CAPS) , 01 unidade de CAPS Infantil, 01 UBS Guapy Silva (responsável pelos atendimentos especializados como dermatologia, pediatria, psiquiatria, ginecologia e clínico geral), além de um Hospital Municipal São Sebastião de Inhapim, de caráter filantrópico.

3.2 REUNIÃO DE EQUIPE

As reuniões de Enfermagem acontecem mensalmente em datas estipuladas em cronograma pela secretaria de saúde, preferencialmente na primeira semana do mês, com intuito de alinhamento de trabalho, atualização de notas técnicas, reavaliação de metas e índices, dentre outros.

Aproveitando a oportunidade em que todas as enfermeiras estavam reunidas, juntamente com a Coordenação da Atenção Primária e a Secretaria de Saúde, foi apresentado a todos os resultados obtidos nesse trabalho, com as conclusões das entrevistas e o Produto Técnico dessa pesquisa, que é o Guia de Enfermagem: Pré Natal na Atenção Básica à gestantes usuárias de álcool, tabaco e/ou maconha; e a ficha de Anamnese de Enfermagem para a consulta inicial de Pré Natal na Atenção Básica.

O Guia e a ficha de anamnese foram revisados pelos profissionais enfermeiros e pontuado considerações necessárias para a melhoria da execução do serviço, sugerindo além do Guia que fosse elaborado o Protocolo Municipal de Enfermagem à Saúde de Mulher, desenvolvendo autonomia ao enfermeiro para prescrição de exames laboratoriais de rotina pré natal e ultrassonografia obstétrica, além da prescrição inicial dos polivitamínicos preconizados na gestação, como ácido fólico e sulfato ferroso. O intuito da sugestão das enfermeiras é baseado na agilidade do atendimento, na criação de vínculo e maior confiança da gestante na consulta de enfermagem, visto a rotatividade de profissionais médicos no município.

4 CAPÍTULO III: ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O consumo de drogas tem se mostrado como um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil, sendo mesmo tido como um problema de ordem epidemiológica. Estudos têm sido desenvolvidos, alertando para a necessidade de se implantar políticas que previnam o ingresso dos jovens no mundo das drogas. Mediante a esse tema de grande valia, foi realizado uma abordagem em formato de entrevistas aos profissionais enfermeiros atuantes na APS do município de Inhapim-MG.

Podemos verificar como caracterização dos entrevistados e sua atuação profissional, representados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Perfil das entrevistadas em relação a faixa etária e anos de formação acadêmica

Faixa Etária	N = 10
20 a 30 anos	03
30 a 40 anos:	04
40 a 50 anos:	03
Anos de formação acadêmica	
< 1ano	01
1 a 10 anos	03
> 10 anos	06

Fonte: Própria autora

Tabela 2 - Perfil de tempo de atuação na profissão e tipo de Unidade de Saúde em que trabalha

Profissional	Tempo de atuação	Unidade de Saúde
Enfermeira 1	13 anos	Urbana
Enfermeira 2	5 anos	Urbana
Enfermeira 3	4 anos	Rural
Enfermeira 4	2 meses	Rural
Enfermeira 5	12 anos	Rural
Enfermeira 6	11 anos	Urbana
Enfermeira 7	8 anos	Rural
Enfermeira 8	1 ano	Rural
Enfermeira 9	12 anos	Rural
Enfermeira 10	13 anos	Rural

Fonte: Própria autora

As entrevistadas foram todas mulheres, com faixas etárias que se distribuíram entre 20 e 50 anos de idade. Quanto aos anos de formação acadêmica, a maioria relatou ter mais de 10 anos de formação acadêmica na área de enfermagem. No que se refere à caracterização do serviço de atuação, a maioria das entrevistadas trabalham em unidades de saúde localizadas na área rural do município.

A partir da análise as falas coletadas por meio das entrevistas semiestruturadas, foram identificados seis temas que representam unidades de análise elencadas e que compõem os resultados apresentados nesta pesquisa. São eles, representados no Quadro 1:

Quadro 1 - Apresentação dos temas de análise

Tema 1	Atendimento Pré Natal na Atenção Primária à Saúde
Tema 2	Abordagem no atendimento em relação ao uso de álcool, tabaco e drogas
Tema 3	Capacidade de realizar o atendimento no caso da gestante usuária de álcool e/ou outras drogas
Tema 4	A importância da Atenção Primária à Saúde
Tema 5	Desafios do cuidado à gestante usuária
Tema 6	Capacitação do profissional de enfermagem

Fonte: Própria autora

Cada tema será apresentado a seguir, com representação dos respectivos extratos de fala e correlação com literatura, para discussão dos resultados da pesquisa. .

4.1 TEMA 1 - ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA APS

O Ministério da Saúde (MS) recomenda que o acompanhamento pré-natal, deve ser realizado em consultas intercaladas entre os profissionais enfermeiro e médico, sendo necessárias, no mínimo, seis consultas durante a gestação, que podem ser realizadas na ESF ou durante visitas domiciliares¹.

Abordando sobre o primeiro eixo, o atendimento pré natal iniciado pelo acolhimento dos enfermeiros é de extrema importância para que a mulher se sinta à vontade em revelar seus vícios e anseios, e assim, possa ser ajudada de forma correta e adequada. Práticas como escuta atenta e empatia contribuem para que a mulher se sinta acolhida pela equipe de saúde e construa no sentimento de pertencimento em relação à essa unidade de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde, uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto levando a um nascimento tranquilo e saudável⁴⁷.

A assistência pré-natal é um momento ímpar para prestar informações e investigar manifestações clínicas importantes na gestação como: comorbidades clínicas, alergias, partos prévios, aborto prévio, sangramentos e outras condições de saúde que requerem cautela, contribuindo para verificar as condições de saúde das gestantes e atender, de forma adequada, às suas necessidades relacionadas ao bem-estar mãe e filho. O pré-natal deve ser um momento de interação entre mulheres e profissionais de saúde, servindo como uma ação educativa, não somente para o fornecimento de informações sobre aspectos relacionados à gravidez, parto e cuidados com o bebê⁴⁸.

Na maioria das vezes, a primeira consulta no pré-natal, é realizada pelo Enfermeiro. Na verdade, o Ministério da Saúde, recomenda que a abertura do pré-natal seja realizada por este profissional, intercalando com consulta médica ao longo do pré-natal³⁷.

O profissional, pode iniciar a consulta, seguindo como sugestão o roteiro dado pela Carteira da Gestante, logo por que, a caderneta da gestante precisará ser preenchida com os dados encontrados, orientações realizadas, exames solicitados, entre outros. Os fatores de risco, deverão ser identificados em destaque, no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento, contribui para alertar os profissionais de saúde, que realizam o acompanhamento pré-natal⁴⁹.

Segundo Peters⁵⁰, na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Deve-se abordar sobre a data da última menstruação, uso de medicação contínua, doenças prévias, gestações anteriores, uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas, ou ilícitas, vacinações prévias, dentre outros.

As anotações, deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-natal), quanto no Cartão da Gestante. Se a UBS (Unidade Básica de Saúde), tiver sistema informatizado para consulta, é importante que o mesmo seja alimentado.

De acordo com um dos resultados analisados das entrevistas com as enfermeiras da Atenção Básica do município de Inhapim MG, apenas uma delas relata não conseguir realizar o pré-natal de enfermagem no contexto de atendimento a usuárias dependentes químicas e aponta sobre a necessidade do profissional médico para se sentir segura durante essa abordagem:

“Eu até faço, assim, coma ajudada médica, né? Tipo assim, faço, aí na próxima eu já mando ela pra médica. Eu sozinha não, só comigo não.” (Enfermeira 6)

Nesse exemplo de relato podemos realizar dois tipos de apontamentos: uma fragilidade no atendimento pré natal da enfermagem, visto que se torna algo dependente, um atendimento em conjunto que não aconteceria se não houvesse a presença do profissional de medicina, mesmo o Conselho de Enfermagem respaldando-o para tal atendimento⁴⁷. Além do mais esse tipo de postura pode se tornar uma barreira de acesso, retardar o atendimento e até mesmo postergar o vínculo do profissional com a gestante.

E em contrapartida, esse relato nos leva a repensar a importância do trabalho em equipe e no atendimento eficaz de uma equipe multidisciplinar, visto que o atendimento as gestantes usuárias é complexo e exige competências técnicas dos profissionais de saúde:

“De drogas eu nunca peguei, agora de álcool e tabaco a gente faz, eu faço com doutor, né? Trabalho em equipe a gente vê uma melhor saída para estar atendendo essa gestante. Geralmente o doutor referencia mas assim, não para outros médicos, mais para atendimento psicológico, para acompanhamento psicológico.” (Enfermeira 3)

Segundo Anjos Filho e Souza⁵¹, a abordagem multiprofissional é considerada à junção de vários profissionais de uma mesma área, formado pela multidisciplinariedade. O objetivo desse tipo de atendimento é o desenvolvimento de estratégias terapêuticas prevista visando aumentar a efetividade do tratamento frente ao abuso do álcool e das demais drogas.

Na percepção de Tomazetti⁵², ações multiprofissionais são importantes, pois favorecem que sejam implementados alternativas de cuidado, como grupos de gestantes na ESF, com encontros mensais, ou ainda interconsultas com os profissionais de referência da ESF para a garantia de uma assistência pré-natal por diferentes tipos de cuidado, levando a uma atenção integral, resolutiva e qualidade.

Levando em consideração que cada área de abrangência da ESF requer diversidade e complexidade diferentes, faz-se necessário um atendimento integral e que requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando conjuntamente, com ações compartilhadas. O trabalho em equipe favorece uma acompanhamento de pré natal de qualidade⁵³.

A equipe multiprofissional pode desenvolver um olhar mais ampliado frente às necessidades de cada mulher, reconhecendo a gestante como um sujeito de direitos, que tem família, experiências e cultura, e que esses fatores são primordiais na adesão aos cuidados de saúde, possibilitando um pré natal mais humanizado.

“ Eu sempre pergunto como é lá na casa dela. A gente tem que conhecer um pouco de como elas vivem, isso influencia muito também.” (Enfermeira 3)

Por meio da articulação multiprofissional e mobilização da rede de atendimento existente no município ou região, garantir maior qualidade na assistência e promover condições que respeitem essas usuárias enquanto pessoa, possibilitará sua reinclusão social, profissional e familiar⁵⁴.

A equipe de enfermagem tem papel fundamental na operacionalização de todas estas ações, e deve atuar como um elo entre os demais profissionais da equipe de saúde⁵⁵.

4.2 TEMA 2: ABORDAGEM NO ATENDIMENTO EM RELAÇÃO AO USO DE ÁLCOOL, TABACO E DROGAS

Outro fator de total importância e relevância que se pode observar foi que, em 100% das enfermeiras entrevistadas houveram relatos de que realizavam o questionamento do uso de drogas lícitas e ilícitas em algum momento durante a abordagem da gestante, seja durante o cadastro pré natal ou durante a realização dos testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis, preconizados durante os três trimestres gestacionais, como explicitado na fala:

“Sempre, no ato do cadastro eu pergunto e também quando a gente faz teste rápido, né ,também tem essas questões voltadas para uso de álcool e drogas, a gente sempre pergunta.” (Enfermeira 2)

Indubitavelmente esse questionamento sobre o uso ou não de substâncias é um limiar para definir as posteriores abordagens sobre o cuidado a essa gestante. O diagnóstico precoce favorece a intervenção e cria possibilidades de acesso a serviços especializados de tratamento e alternativas de enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação, evitando complicações maternas e neonatais⁵⁴.

Dessa forma é tão importante que o pré natal seja realizado precocemente e que durante a consulta seja abordado à gestante se fazem ou não uso de qualquer substância química, em especial álcool, tabaco e/ou maconha, que é o tema dessa pesquisa em questão.

Na perspectiva das entrevistadas, algumas gestantes omitem ou mentem nas respostas para não serem discriminadas ou pressionadas a cessação do vício, o que de fato, dificulta o tratamento ideal e a abordagem diferenciada dos profissionais de saúde a essa paciente:

“(...) numa área mais carente do município a gente tinha muito tabagistas e usuários de álcool, né. Já drogas, é pelo menos ficava meio que omitido, a gente suspeitava, mas o mais comum é o tabagismo.” (Enfermeira 8)

O receio de serem julgadas acaba sendo um fator que impede muitas mulheres de relatarem sobre seu padrão de consumo de substâncias de maneira precisa, prejudicando a oferta de cuidados em saúde adequados⁵⁶.

Embora seja recomendado a interrupção total do uso de substâncias psicoativas durante a gravidez, em alguns casos é necessário adotar uma política de redução de danos, diminuindo o consumo de maneira gradual e com acompanhamento especializado⁵⁷.

Em análise das entrevistas houve uma citação única sobre redução de danos:

“(.) tentamos sempre orientar de forma a parar, mas nem sempre acontece, né. As vezes abordar sobre redução de danos pode ajudar um pouco nisso, sei lá ” (Enfermeira 4)

A redução de danos consiste, em suma, em ações preventivas voltadas à educação de usuários e não usuários de drogas, na qual se procura lidar com as informações, prescindindo ao máximo do julgamento moral acerca do interesse por fazer uso e consiste em atitudes práticas com o objetivo de contribuir para a mudança das concepções moralizantes acerca das drogas, almejando que os usuários sejam respeitados em seus direitos, desejos e necessidades, configurando-se, assim, como uma proposta ética, ligada à promoção da saúde⁵⁸.

Segundo Silva³⁵, esse conjunto de estratégias deve pautar as políticas de saúde destinadas a minimizar as consequências negativas do uso e abuso de drogas, ao contrário das chamadas “políticas de abstinência”, que são dirigidas exclusivamente a uma diminuição no consumo de drogas. É importante evidenciar que a redução de danos também abrange os processos de prevenção do consumo, promoção de estilos de vida saudáveis, educação e informação, bem como a conscientização dos consumidores, aos quais se alerta principalmente para os riscos da overdose, os efeitos do consumo de drogas, assim como estratégias seguras de administração de drogas.

A redução de danos em si não é uma política nova; o que pode ser visto como novo é o cuidado e também a preocupação em relação aos efeitos associados às respostas sociais do modelo de proibição predominante, assim como os custos associados à criminalização de drogas. Acresça-se, ainda, que a redução de danos não é uma apologia ao uso de drogas e sim uma discussão aos cuidados e outras formas de melhorar a qualidade de vida do indivíduo⁵⁹.

É, portanto, necessário oferecer serviços, inclusive para aquelas pessoas que não querem ou não conseguem interromper o uso dessas substâncias. O oferecimento desses serviços pode evitar que se exponham a situações de maior risco e viabilizar sua aproximação das unidades de saúde e acolhimento, abrindo a possibilidade de que peçam ajuda quando quiserem ou precisarem.

4.3 TEMA 3: CAPACIDADE DE REALIZAR O ATENDIMENTO NO CASO DA GESTANTE USUÁRIA DE ÁLCOOL E/OU OUTRAS DROGAS

Na perspectiva das entrevistadas, a questão do vínculo aparece como um “operacionalizador” do atendimento, garantindo, inclusive, a continuidade do cuidado:

“Eles serem acompanhados com a gente porque é aí que a gente começa o nosso vínculo, né? A criança quando ao nascer o primeiro lugar que ela vem é na nossa unidade, é a gente que faz puericultura, a gente faz o teste do pezinho, as vacinações... é tudo com a gente. Então assim, é bom para criar mesmo um vínculo, né? ... eu acho um trabalho fantástico.” (Enfermeira 9)

A primeira abordagem à gestante pode ser vista como algo novo, ou de certa forma uma surpresa, o que pode levar a negação da resposta. A mulher pode não se sentir à vontade em revelar que faz uso de drogas no primeiro momento da abordagem e é nesse instante que se torna tão importante a criação de vínculos dos profissionais de saúde com essa paciente³⁶.

Em caso de histórico de uso de alguma substância, deve haver uma avaliação detalhada priorizando situações de risco e o uso crônico que pode desencadear intoxicações agudas, risco de suicídio, autoagressão e comorbidades psiquiátricas³⁷.

Se mostrar disposto a ajudar e a ouvir, sem pré-julgamentos é uma maneira de conseguir aproximação dessa gestante. O ato de sempre fazer o mesmo questionamento nas consultas subsequentes também é uma estratégia para que a gestante revele se faz o uso ou não dessas substâncias⁶⁰.

“Da confiança que as gestantes tem comigo... eu poder abordar certas perguntas, conhecer o estilo de vida de cada uma, de poder atuar em cima daquilo que eu acho importante e escutar o que elas querem me falar..” (Enfermeira 10)

As gestantes usuárias de drogas constituem um grupo de alto risco, propenso a ir em menos consultas do que o ideal para um pré-natal de qualidade. Dessa forma, é necessário a criação de um vínculo entre o profissional e gestante para garantir a adesão ao pré-natal e para que ela se sinta mais acolhida pela equipe⁵⁰.

“(...)eu acho inclusive que nós enquanto profissionais da atenção primária, a gente tem que captar esses pacientes mesmo, eles já sendo acompanhado no pré-natal de alto risco com especialista ou em particular eu acho extremamente necessário eles serem acompanhados com a gente porque é aí que a gente começa o nosso vínculo, né?” (Enfermeira 9)

Santos⁶¹, aborda sobre o vínculo que constitui-se em um elemento imprescindível para o fortalecimento das relações na APS. Corresponde a um recurso terapêutico importante e uma ferramenta relevante para a operacionalização do trabalho na APS e quando realizado de forma efetiva, possibilita a qualificação do atendimento e a satisfação do paciente.

O vínculo está estreitamente relacionado ao atendimento humanizado dessas mulheres, o que irá propiciar o desenvolvimento da sensibilidade para visualizar a gestante na sua integralidade⁶². A criação do elo do vínculo durante a gestação será essencial para os cuidados futuros com o recém-nascido que necessitará de atendimento e ações da Estratégia Saúde da Família.

O Política Nacional de Humanização (PNH) entende a humanização como valorização dos diferentes sujeitos (usuários, trabalhadores e gestores) e abrange um leque de inovações, podendo ser citados como exemplos : o fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos e do coletivo; o aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; a identificação das necessidades sociais de saúde, dos usuários e dos trabalhadores; o compromisso com a ambiência, com a melhoria de atendimento e condições de trabalho e com os processos de formação, apostando em um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, ágil e resolutivo⁶³.

Segundo Oliveira⁶⁴, as definições de humanização convergem para um sentido único, ou seja, que humanização, humanidade e humanizar são tornar humano, dar condições humanas, agir com a bondade natural. E quando pensadas com relação à qualificação de uma conduta ou um cuidado, isso parece de uma forma redundante, pois não se pode admitir que um ser humano seja tratado de alguma outra maneira, senão aquela condizente com sua natureza.

“Tem que ser, porque se a gente soltar a mão delas, elas se perdem mesmo (...) temos que estar juntos, apoando elas” (Enfermeira 3)

A formação do vínculo profissional - usuário como requisito para a atuação e o cuidado na ESF significa não só estreitar relações dialógicas com o outro, mas também é um processo de educar-se na sensibilidade e solidariedade para vivenciar os acontecimentos numa perspectiva ampliada e humanizada⁶⁵.

Por isso o encaminhamento pode causar um rompimento no vínculo entre a APS e a gestante, que por si só já tem um perfil frágil.

“(...se ele ver que é uma usuária que oferece maior risco para gestação aí encaminha para ginecologista fazer acompanhamento como alto risco. O ruim é que depois elas não voltam aqui pra unidade. A gente perde se não fizer busca ativa” (Enfermeira 3)

Sem tal vínculo, pouca coisa será possível, caso a APS, como representação do território geográfico e afetivo, perca a sua corresponsabilização neste acompanhamento, à medida que deixe de lançar mão de ações singulares para garantir a integralidade em ações interinstitucionais, como as de redução de danos e educação em saúde e as que objetivam a otimização dos profissionais de saúde, tanto da baixa quanto da média complexidade, na prevenção dos agravos da gestação⁶⁶.

4.4 TEMA 4: A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Conseguir enxergar o sujeito como um todo é uma interface do atendimento humanizado da enfermagem e na APS isso se apresenta mais frequente visto que a unidade primária é a porta de entrada da população⁶⁰.

Como determina o MS³⁷, um pré-natal de qualidade depende da garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, necessários à garantia de acesso a exames preconizados, escuta ativa e qualificada em todos os seus aspectos, atividades educativas grupais, auxílio de transporte público para o pré-natal quando necessário, pré-natal do parceiro, acesso a uma unidade de referência especializada, orientações referentes à via de parto e a direitos garantidos por lei e acesso a visita à maternidade vinculada para o parto.

Durante as consultas de pré natal na APS, deverão ser feitos anamnese, exame físico, exames complementares, avaliação e atualização do calendário vacinal de imunização, oferta de medicamentos como sulfato ferroso e ácido fólico, avaliação do estado nutricional e acompanhamento. Deverá ser dada atenção especial às adolescentes, mulheres em situação de violência doméstica e /ou usuárias de drogas lícitas e ilícitas³⁷.

Uma forma de registro de todo o acompanhamento da gestante é documentar no prontuário e na Carteira da Gestante, considerado o principal documento da gestante que deverá ser orientada a

sempre portá-lo, assim como o cartão vacinal e exames complementares, como ultrassonografia. Além da descrição de todos os cuidados realizados, exames, vacinas, medicação contínua e se faz o uso de algum tipo de substâncias, também constam as marcações de consultas, encaminhamentos e vinculação a outros serviços por meio de referência e contrarreferência⁶⁷.

Segundo Barreto⁵³ assistência na APS é considerada de fundamental importância para que se estabeleça vínculos durante o pré natal e consiga a confiança dessas mulheres para dar continuidade ao cuidado. Na maioria das falas extraídas podemos perceber que quando há o vínculo pode-se dar seguimento ao atendimento, completo e acessível, com orientações complementares da gestação até o parto, abordagem dos riscos, gerando confiança e proximidade:

“Porque na atenção primária é que você consegue estabelecer os vínculos com essa gestante, seja através do ACS, através da enfermeira, do médico. E quando a gente referencia ela para o para Atenção Especializada, no caso de ginecologia, às vezes ela vai lá só na consulta rotineira e pronto, ela não vai estabelecer vínculo com ninguém e com atenção primária a gente consegue estabelecimento de vínculo.” (Enfermeira 2)

Na atenção primária, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada e centro do cuidado ordenando os outros níveis, e sua principal atribuição é a captação precoce da gestante, acompanhamento do pré-natal e estratificação de risco das gestantes e crianças, com encaminhamento para atenção ambulatorial em situação de risco, assim como a vinculação da gestante ao local de nascimento e encaminhamento para Equipe de Saúde Bucal proporcionando um cuidado longitudinal, integral e continuado⁶⁷.

A gestão do cuidado de Enfermagem no contexto da assistência pré-natal, exercida pelo enfermeiro, tem o propósito de planejar e oferecer atividades e ações de saúde para as usuárias de maneira interligada e possui como peculiaridades prestar assistência integral às gestantes e suas famílias e no acolhimento destas nas unidades básicas, nas consultas de pré-natal e no acompanhamento pré-natal como um todo. O vínculo profissional-usuário mostra-se primordial para aumentar a confiança das gestantes e promover a continuidade do cuidado materno fetal⁶⁸. O valor dos cuidados, do ambiente e do vínculo construído será decisivo para o nascimento de uma criança saudável e com um futuro harmonioso.

O papel do enfermeiro na APS é de grande relevância para um pré natal de qualidade, pois através de suas ações, é desenvolvido um cuidado integral, não somente voltado para o modelo biomédico⁶⁹.

Em virtude do vínculo mencionada pelas entrevistadas e da análise das falas percebe-se que outro momento da entrevista, a maioria das gestantes acompanhadas pelos profissionais de

enfermagem do município, que há relatos mais frequentemente do consumo uso do tabaco como a droga de uso comum entre elas.

“As que já acompanhei era mais o uso do cigarro. E não tem como esconder, as vezes elas fumam la fora esperando a consulta. E o cheiro, não tem como esconder, a gente ja sabe” (Enfermeira 5)

Estas mulheres que procuram na droga, tabaco por exemplo, uma válvula de escape para seus problemas, não conhecem ou não se atentam ao mal que o consumo desta substância causa a si e ao ser gerado, efeitos estes apresentam-se a curto, médio e longo prazo.

“(...)numa área mais carente do município e a gente tinha muito tabagistas e usuários de álcool, né. Já drogas, é pelo menos ficava meio que omitido, a gente suspeitava, mas o maior é o tabagismo.” (Enfermeira 9)

Além de ser uma droga lícita, barata e de fácil acesso, também nos deparamos com um fator de extrema importância, que é o fator cultural. A cultura deve ser vista "como conjunto de práticas, comportamentos, ações e instituições pelas quais as pessoas se inter-relacionam. E esta interação origina a organização social, sua modificação e sua transmissão pelas gerações". Em razão dessa passagem por gerações, torna-se um processo acumulativo, "resultado de todas as experiências repassadas pelas gerações que a antecederam, sendo o ser humano um produto do meio que está inserido"⁷⁰.

Muitas dessas mulheres tabagistas tiveram experiências em gestações anteriores, sem cessar o vício, em que a criança nasceu sem nenhuma sequela aparente de saúde, o que as leva a desconsiderar as orientações dos profissionais.

Ainda há relatos que as gerações anteriores todas fizeram uso do tabaco e não tiveram prejuízo qualquer em relação a isso.

“Na verdade, assim, a cultura dela, que ela já tem na cabeça dela, que aquilo é o certo, então a dificuldade é fazer ela entender que aquilo não é certo, que vai prejudicar o bebê. Então, é a maior dificuldade, na maioria das vezes é essa porque a gente não pode fazer o tratamento naquele momento por causa da gestação e aí ela também não entende o que aquilo é errado, por mais que você explique, né? Por ter outras gestações e as crianças que teve ter nascido saudáveis, ela acha que é normal... então maior dificuldade é essa questão de mudar a cultura, né”(Enfermeira 8)

Leopérico⁷¹ cita o tabagismo materno durante a gestação como um importante problema de saúde pública global por conta de sua elevada prevalência e impacto negativo sobre a saúde materna e fetal.

Sabe-se que o feto é também um fumante ativo, ele é um ser altamente vulnerável, numa fase de risco para o comprometimento do seu desenvolvimento. A mulher, quando fuma durante a gestação, expõe seu feto não apenas aos componentes da fumaça do cigarro que cruzam a placenta, mas também às alterações na oxigenação e metabolismo placentário, e às mudanças no seu próprio metabolismo, secundárias ao fumo¹⁸.

Cessar o uso do tabaco em qualquer momento da gestação traz benefícios para o feto e a mãe, porém, parar de fumar no início da gravidez irá produzir resultados mais positivos e benéficos⁷². Aproveitar esse momento da gravidez em que a mulher encontra-se sensibilizada, com alterações das emoções e o surgimento da criação de laços materno-fetal para incentivar o abandono do vício pode ser uma ferramenta eficaz.

Segundo Nogueira⁶⁹, é necessário também levar em consideração que o índice de recaídas, principalmente após o parto, é grande e preocupante, visto que as substâncias químicas podem ser passadas através da amamentação no leite materno. Reforçar os cuidados com o recém-nascido e os riscos ainda pertinentes do uso do tabaco podem ser uma ferramenta de singularidade do cuidado.

Para que isso aconteça, a abordagem da gestante fumante deve ser feita com intervenções motivacionais fornecendo mensagens sobre o impacto do tabagismo na saúde do feto e da mãe. Durante essa abordagem pode-se ofertar também o grupo de tabagismo oferecido via Sistema Único de Saúde (SUS) e que traz grande incentivos e opções de ajuda para diminuir e/ou cessar o uso do cigarro, com encontros em grupo e a participação de uma equipe multidisciplinar de apoio³⁷.

4.5 TEMA 5: DESAFIOS DO CUIDADO À GESTANTE USUÁRIA DE DROGAS

O cuidado de enfermagem esbarra em diversos quesitos dificultadores desse processo. Dentre eles podemos citar como mais relevante a baixa adesão pré natal e o despreparo profissional para lhe dar com esse público.

O saber ouvir e compreender as necessidades do momento de cada gestante também faz parte do cuidado. Entender que cada gestação é única e demanda atenção específica no atendimento, indo além da consulta engessada do modo vertical em que o profissional de saúde entende que tem o poder do conhecimento soberano sobre o paciente, e o paciente age de modo passivo, aceitando tudo que está sendo imposto, sem interferir apontando suas vontades e experiências, delimita a troca de saberes e de cuidados⁷³.

Levando em consideração o quesito falta de adesão, é evidente que essa gestante se sinta resistente a realização do acompanhamento pré natal pelo fato do vício em si⁶⁰.

A problemática da adesão ao tratamento e os fatores relacionados a gestantes em uso de álcool, tabaco e/ou maconha são complexos, pois envolvem sexo, idade, escolaridade, nível socioeconômico, crenças, hábitos culturais e de vida, custos, efeitos indesejáveis e esquemas complexos de tratamento, relacionamento com a equipe de saúde e um esforço muito grande dos profissionais no sentido de que as gestantes sejam assíduas em qualquer forma de atendimento⁷⁴. (AMORIM,2017)

O uso de certas substâncias pode apresentar alterações fisiológicas e hormonais no corpo da mulher, fazendo-a não se atentar ao ciclo menstrual e descobrindo a gestação tardiamente. Sabe-se também que algumas mulheres engravidam no ápice do vício e podem ter múltiplos parceiros, o que gera uma insegurança em relação a paternidade e um anseio da dúvida, levando-as a postergar o início do acompanhamento pré natal⁷⁵.

A maioria dessas gestantes, no primeiro momento, não estão dispostas a abandonar o vício e de certa forma a cobrança pelo bem estar do binômio mãe-filho seja recorrente pelos profissionais, faz com que elas se afastem das unidades de saúde. Como fica explicitado em uma das falas das entrevistadas:

“O desafio: a gestante querer! Esse é o grande desafio, mas que às vezes a gente quer para gestante, mas ela que é o principal objetivo, não quer. Então, assim, é mesmo que um trabalho de formiguinha de pegar no pé mesmo, não tem outra palavra para dizer, de ta ali puxando a orelha mesmo como se fosse uma mãe e tá mostrando, entendendo, apresentando os riscos, tentar entender a situação dela. Porque igual eu falei anteriormente, às vezes aquilo ali é uma válvula de escape dela, aquilo ali é um momento que ela tem.“Ah, vou beber paraesquecer meus problemas”. Mas aí ela tem que ser responsável por pelo pela gestação que ela tem pelo feto que ela tá gerando ali. Então assim, é mesmo um trabalho de formiguinha e conversa e o puxão de chão de orelha. Não tem muito o que fazer.” (Enfermeira 1)

Se porventura houver evasão das gestantes às consultas, as mesmas devem ser identificadas, acolhidas e ações educativas desenvolvidas para fazer com que a adesão ao pré- natal seja melhore com qualidade na assistência. Um quadro não muito favorável e apresentado por alguns autores, é que muitos serviços de saúde não estão totalmente preparados para essa captação, ou, não possuem profissionais qualificados para tal serviço. Sendo desta forma, necessário o fortalecimento das ações de planejamento familiar preconizadas⁶².

Além das falhas apresentadas sobre o desreparo no atendimento a esse público, o enfermeiro também depara com as dificuldades enfrentadas ao trabalhar na APS: falta de recurso materiais, rotatividade de funcionários (inclusive o profissional médico), dificuldade de acesso aos pontos de atendimento e referências, extensa área territorial do município, demora nas liberações de exames especializados, dentre outras causas.

Algumas dessas problematizações são bem relatadas na estratificação das falas:

“O que me veio na cabeça como principal motivo é os exames que são agendados em Caratinga, por exemplo a paciente sai da sua residência, 100 km, para fazer um exame de de ultrassom, por exemplo, pelo SUS, né? Então é uma questão de logística, de deslocamento (...)” (Enfermeira 10)

Ainda sobre as questões da dificuldade podemos também ressaltar a falta de autonomia do enfermeiro mediante a ausência de um protocolo municipal de respaldo ao atendimento pré natal:

“(...) acho muito difícil assim a gente fazer o pré-natal. Tipo assim, seria mais a questão de um despreparo mesmo para fazer. A gente não pode solicitar exames, não tenho protocolo, né? Eu faço só a primeira consulta mesmo e as outras junto com a médica.” Enfermeira 7

A utilização de manuais e protocolo na assistência pré-natal nos serviços de atenção básica possibilitaria aos enfermeiros uma organização da assistência por estabelecer condutas e procedimentos que otimizam o processo de trabalho em saúde e beneficiando a gestão, os profissionais desaúde e as usuárias. Além de orientar e apoiar a prática da atenção de qualidade. Os protocolos são considerados como a base de sustentação para um adequado atendimento na unidade de saúde, possibilitando o desenvolvimento das competências dos profissionais. Sua elaboração deve estar em consensos com normas técnicas, manuais, protocolos e demais documentos do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual de Saúde, observando a aplicação às realidades locais para que produza impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe com a sua utilização⁷⁶.

Outro fator dificultador também observado consiste na necessidade de mudança no atendimento aos usuários na ESF, desfocando apenas da intenção do profissional da saúde ser o provedor de conhecimentos e autônomo na decisão do cuidado⁶⁹. O modelo biomédico ainda norteia, em sua maioria, as práticas em saúde e prevalece o foco nos determinantes biológicos da doença, no indivíduo como objeto do conhecimento e da prática, e as abordagens prescritivas, pouco dialogadas.

Mudar o modelo assistencial padrão requer uma reorientação do processo de trabalho, o que não é coisa simples por envolver mudanças nos interesses e na forma de pensar. O método Paidéia trata-se de uma rede de apoio, com dispositivos de clínica ampliada, projeto terapêutico singular, equipe de referências e apoio matricial e institucional⁷⁷.

Campos⁷⁸ afirma que a ampliação das práticas clínicas e de saúde coletiva pressupõe, de início, desviar o foco de intervenção da doença ou dos procedimentos, para recolocá-lo no sujeito, portador de doenças, mas também de outras demandas e necessidades.

“(...) a gente não pode ver só a droga como o problema da gestante, tem que entender também outros motivos. Ela não é só isso. Tem que escutar elas. Mas na correria das nossas funções é as vezes muito difícil fazer tudo isso. (Enfermeira 4)

Uma clínica ampliada baseia-se na escuta e reconhece o saber, o desejo e o interesse das pessoas, questionando-as sobre os sentidos daquilo que estão vivendo. É uma prática menos prescritiva e mais negociada, que não desconsidera os avanços tecnológicos, nem a importância da qualificação técnica e das recomendações baseadas em evidências⁷⁸.

Dessa forma demonstram as dificuldades das equipes de saúde da família para lidar com questões afetivas, emocionais e relacionais, bem como com os diversos problemas advindos das condições sociais, os quais constituem importante demanda para a Atenção Básica.

4.6 TEMA 6: CAPACITAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM

Levando em consideração o despreparo da equipe em não saber lidar com esse público em questão, por serem casos complexos e que necessitem de maior disposição de tempo de cuidado, falta disposição dos profissionais.

Em todas as falas relacionadas a esse assunto de capacitação profissional, foi unânime a resposta de que nunca receberam nenhum treinamento, orientação ou qualquer outro tipo de instrumentos guiados para lidar com o público em questão. Esse é um dos principais motivos de não saberem dar continuidade do cuidado na APS e a necessidade de tantos encaminhamentos a outros setores de suporte. Esse “despreparo” é relatado pelas profissionais entrevistadas:

“Não, a gente para isso não... a gente não teve um pregaro né, por tanto a gente geralmente indica para outros profissionais, então quando acontece esses casos, se referenciam pelo menos para o caps. A que a gente teve, a gente referenciou para o caps para ajudar porque era um caso difícil.” (Enfermeira 3)

Assim, ao invés de oferecer um atendimento humanizado e de qualidade preferem apenas realizar o encaminhamento dessa gestante sem ter uma busca ativa ou um feedback desse cuidado³⁶.

“(...)gente não teve um pregaro né, por tanto a gente geralmente indica para outros profissionais, então quando acontece esses casos se referenciam pelo menos para o caps. A que a gente teve, a gente referenciou para o caps para ajudar porque era um caso difícil.” (Enfermeira 4)

Sabe-se que a falta de pregaro de alguns profissionais em lidar com um tema tão enigmático pode levar a uma omissão em razão da ausência de instrumentos norteadores de processos de trabalho, somado ao desconhecimento, desinteresse do profissional e ausência de espaços formais para a reflexão sobre o tema. A reorganização dos serviços para que todos atuem com objetivo comum centrado nas necessidades do usuário e do serviço permite aprimoramento que favorece o desenvolvimento de competência¹⁰. É válido ressaltar que no âmbito da Atenção Primária à Saúde

(APS), o enfermeiro possui a incumbência de exercer um cuidado diferenciado e qualificado aos indivíduos e suas famílias, visando à resolução de seus problemas com um olhar ampliado ao contexto das necessidades subjetivas e objetivas do cuidado, de forma oportuna, singular e multidimensional, em conjunto com a equipe de saúde da unidade à qual está vinculado. Contudo, as ações de Enfermagem culminam na execução das políticas públicas voltadas para a promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidade⁷⁹.

Nos desafios do atendimento de Enfermagem apresentam-se a necessidade de planejar e de oferecer cuidados de saúde de qualidade e que visem à satisfação materna de modo que proporcionem uma experiência positiva da gestação, parto e maternidade, incluindo o protagonismo materno. Com vistas a proporcionar uma gestação e uma maternidade/paternidade positivas e saudáveis⁴⁹.

Para essa qualificação contínua da assistência em saúde é fundamental que os gestores dos serviços estejam atentos às discussões políticas e científicas, a fim de reavaliar processos de trabalho, discutir e desenvolver recursos terapêuticos embasados em evidências atuais. Morgado⁸⁰ (2012, p. 220) traz a importante reflexão de que a "qualificação contínua relaciona- se a uma postura ética para nos distanciarmos de intervenções baseadas no senso comum, possibilitando assim ultrapassar a postura de culpabilização para a de oferecer suporte profissional"(80,pg.220). Em compensação, o desconhecimento técnico e a falta de preparo emocional contribuem com incertezas sobre a conduta profissional a ser executada.

O cuidado na saúde gestacional é centrado muita das vezes apenas na “barriga”, apresentando falhas na relação e comunicação profissional/paciente, não alcançando a mulher enquanto pessoa, tampouco seu contexto de vida e possibilidades¹⁸ (RODRIGUES,2018).

O sentimento de insegurança em relação ao trabalho diário de um profissional pode surgir em função da sua desatualização técnico científica. Nesse sentido, a relação saber/fazer exerce grande influência na sua prática e evita o sentimento de insegurança. Um dos profissionais enfermeiros comenta da falta de capacitação e dos meios de vivência e autoconhecimento que utiliza para suprir essa falha:

“(...) tudo que eu, que assim, o que a gente faz, o fluxo de atendimento que a gente estabelece é baseado na vivência que a gente vai tendo um dia . Todo dia a gente aprende alguma coisa e a gente aprende inclusive com elas quando acontece, tipo assim, você não sabe o que fazer então você vai atrás de informação, você vai atrás de um, vai atrás de outro, até conseguir dar, o prestar, atendimento com mais eficiente para essa gestante, mas não, é, eu acho que a gente poderia sim ter mais capacitações.” (Enfermeira 2)

Esses apontamentos evidenciaram a necessidade de capacitação dos enfermeiros atuantes na atenção à saúde da mulher, dada a ampla gama de ações que poderão estar alinhadas com uma perspectiva dialógica e orientadas para o reconhecimento do outro e da sua singularidade⁸¹.

Os profissionais de saúde carecem de capacitação técnica de modo permanente, uma vez que a maioria, após sua graduação muitas vezes não voltam a se atualizar. E até mesmo durante a graduação veem esse tema de forma superficial ou até mesmo desconhecem a abordagem do mesmo na grade curricular.

“Não, até então. Durante a faculdade lembro vagamente de ver sobre isso.” (Enfermeira 11)

Em contrapartida, crê-se que não é apenas o treinamento profissional que irá assegurar um melhor atendimento no pré-natal. É necessário que estes enfermeiros se sintam sensibilizados, mobilizados e dispostos a repensar suas condutas frente à prática diária.

As políticas públicas desempenham papel essencial no processo de desenvolvimento de estratégias que venham a melhorar a qualidade da assistência prestada, logo, as pesquisas neste âmbito têm grande relevância. A qualidade do pré-natal tem relação direta com a morbidade e mortalidade materna. O desenvolvimento de competência da enfermeira para que ela desenvolva um pré-natal de qualidade tem impacto direto neste contexto.

5 CAPÍTULO IV: PRODUTO TÉCNICO

A partir da conjunção da pesquisa qualitativa realizada para este Mestrado e o feedback realizado em reunião de equipe dos resultados da pesquisa, apresentaremos o produto técnico que tem como objetivo ser um material de apoio e orientador aos profissionais de enfermagem no cuidado à gestantes usuárias de drogas do município.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notório que o consumo de drogas tem se mostrado como um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil, sendo mesmo tido como um problema de ordem epidemiológica. Estudos têm sido desenvolvidos, alertando para a necessidade de se implantar políticas que previnam o ingresso dos jovens no mundo das drogas e em especial as mulheres.

O enfermeiro é o profissional com maior contato com a gestante durante o pré-natal, sendo responsável por diversas intervenções durante esse período, algumas dessas ações incluem a identificação precoce do uso de drogas durante a gestação, orientar acerca das consequências que o consumo dessas substâncias podem trazer para o feto e para a mulher, realizar acompanhamentos

periódicos, criar um vínculo com a paciente para estabelecer uma relação de confiança, encaminhar corretamente para unidade de saúde especializada e realizar a busca ativa dessa gestante para não perder o contato e promover grupos de apoio para aconselhamento e orientações para gestante e familiares.

Neste sentido, as enfermeiras empenham-se em oferecer um cuidado de Enfermagem que possa libertar as mulheres de um perfil esperado pela sociedade, focando no que é bom para ela e contribuindo, ao final, para uma transição de parto e nascimento respeitosa e a mais próxima do fisiológico. O atendimento na Atenção Primária de Saúde é visto como importante e necessário às gestantes usuárias de tabaco, álcool e maconha, mas não pode ser considerado o mesmo aquelas de baixo risco que não fazem uso de nenhuma dessas substâncias. É necessário que seja um atendimento direcionado desde o momento da primeira abordagem até o final da gestação.

Pode-se perceber que o atendimento pré-natal na APS apresenta falhas para o cuidar adequadamente da gestante usuária de drogas. Sendo marcado por encaminhamentos, dificuldade de manutenção de vínculo, baixa adesão às consultas, rotatividade de funcionários, redução de recusos, logística de deslocamento territorial, e falta de capacitação dos profissionais, dentre outras.

Muito embora, os profissionais tenham conhecimento sobre o uso de drogas na gestação e suas consequências, eles ainda não dispõem de mecanismos concretos para trabalhar na redução e abolição do uso.

Existe a necessidade de os profissionais possuírem aperfeiçoamento técnico científico para lidar com esses casos de forma humanizada e qualificada, para assim auxiliar na diminuição ou na cessação do uso de tabaco, álcool e maconha durante a gestação.

O trabalho com essas gestantes exige um processo de crescimento e aquisição de novas competências, como conhecimentos, habilidades e atitudes para os dois protagonistas do processo: enfermeiro e gestantes.

É preciso diminuir as fragilidades dos enfermeiros para que, além de conhecimentos e aptidões para o controle pré-natal, sejam capacitados com a atitude de desenvolvê-los com exatidão, contemplando as necessidades da gestante em sua integralidade e individualidade.

Desta forma, os profissionais que estiverem preparados, atualizados e bem informados terão melhores condições de exercer o seu papel de multiplicadores do cuidado as gestantes usuárias de álcool, tabaco e maconha.

Assim, reforça-se a ideia de que os profissionais precisam obter informações claras, precisas e seguras para que a promoção e apoio ao cuidado de gestantes usuárias possam acontecer de forma contínua, evitando a perda de vínculo.

É essencial que as políticas públicas desempenhem o processo de desenvolvimento de estratégias que venham a melhorar a qualidade da assistência prestada. A qualidade do pré-natal tem relação direta com a morbidade e mortalidade materna/fetal. O desenvolvimento de competência do profissional de enfermagem para que ela desenvolva um pré natal de qualidade tem impacto direto neste contexto.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 2018. p. 57
2. FERTIG A, SCHNEIDER JF, OLIVEIRA GC, OLSCHOWSKY A, CAMATTA MW, PINHO LB. Mulheres usuárias de crack: conhecendo suas histórias de vida. Esc Anna Nery. 2017;20(2):310 - 6. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20160042>.
3. Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. Geneva: 2011
4. VASCONCELOS, Renan Fernandes. Aspectos Criminais e Processuais Penais da Lei de Drogas. Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Escola de Direito e Relações Internacionais. Núcleo de Prática Jurídica. Goiânia, 2021.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p., il.
6. Rocha, P. et al. (2016). Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000100707#:~:text=Estudo%20transversal%2C%20aninhado%20%C3%A0%20coorte,22%25%20para%20o%20de%20cigarro. Acesso em: 04 fev. 2024.
7. PAULA ML DE, JORGE MSB, VASCONCELOS MGF, ALBUQUERQUE RA. Assistência ao usuário de drogas na atenção primária à saúde. Psicol Estud [Internet]. 2014Apr;19(2):223–33. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-737222025006>
8. PORTELA, Graciela Lima Costa et al . Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.), Ribeirão Preto , v. 9, n.2, p. 58-63, ago. 2013. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em Junho de 2023.
9. MACHADO LV, BOARINI ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicol. Cienc. Prof. 2018;33(3):580-95. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932013000300006>.
10. BENEDET, D. C. F. et al. Competência da enfermeira no cuidado pré-natal: potencialidades, entraves e possibilidades. R. Enferm. Cent. O. Min., v. 9, e3470, 2019. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3544. Acesso em: 23 jan. 2024
11. MESQUITA MA, SEGRE CAM. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. Rev bras crescimento desenv hum. 2019 ;19(1):63-77.

12. LIMA, Luciana Pontes de Miranda; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; PÓVOAS, Fabiani Tenório Xavier; SILVA, Francisco Carlos Lins da. O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. *Espaço para Saúde*, v. 16, n. 3, p. 39-46, 2015. Disponível em: <file:///C:/Users/vilma/Downloads/20713- 105295- 1-PB.pdf>. Acesso em: 08/06/2024.
13. ASSUNÇÃO, C. S. et al. O enfermeiro no pré-natal: expectativas de gestantes. *Rev Fund Care Online*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 576-581, 2019. DOI: 10.9789/2175- 5361.2019.v11i3.576-581
14. ALBUQUERQUE, R. (2017). Quais são os riscos do uso de álcool, cigarro e de outras drogas na gestação. Grupo NotreDame Intermédica. <https://www.gndi.com.br/saude/blog-da-saude/riscos-do-uso-de-drogas-durante-a-gestacao>
15. LOPES KB, RIBEIRO JP, DILÉLIO AS, TAVARES AR, FRANCHINI B, HARTMANN M. Prevalência do uso de substâncias psicoativas em gestantes e puérperas. *Rev Enferm UFSM* [Internet]. 1º de junho de 2021 [citado 30º de julho de 2024];11:e45. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/54544>
16. RIGO FL et al. Prevalencia e fatores associados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas em gestantes. *Revista Médica de Minas Gerais*, 2020;30:e-30117. Doi: 10.5935/2238- 3182.20200071
17. MENEZES, Fernanda de Alcantara. Consequências do uso de drogas durante a gravidez. Disponível em <<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/664/540>> Acesso em Agosto de 2022.
18. RODRIGUES, A. et al. (2018). Consequências do uso de álcool e cigarro sobre o binômio mãe-feto. *DêCiência em Foco*, 2(1), 53-62. <http://revistas.uninorteac.com.br/index.php/DeCienciaemFoco0/article/view/146#:~:text=Resultados%3A%20Verificou%2Dse%20que%20uso,alco%C3%BDlica%20fetal%20e%20d%C3%A9ficit%20de.> Acesso em: 14 fev. 2024.
19. BALESTRA, E. et al. (2020). O uso de drogas ilícitas na gravidez e as consequências para a mãe e para o feto. *Brazilian Journal of Development*, 6(7), 43055 43064, <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/12603#:~:text=As%20subst%C3%A2ncias%20contidas%20em%20diferentes,gravidez%20as%20consequ%C3%A1ncias%20materno%2Dfetais>
20. YAMAGUCHI ET, CARDOSO MMSC, TORRES MLA, ANDRADE AG. Drogas de abuso e gravidez. *Rev. Psiquiat. Clín.* 2008.
21. COUTINHO, Tadeu et al. Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2014/v42n1/a4808.pdf>> Acesso em Agosto de 2022.
22. JUSTI, Daniel Luis Tittonel; JR. LAURITO, João Baptista; COMANDULE, Alexandre Quelho; MORTON, Eglinara Silva. Maconha e gravidez: síndrome da hiperêmese por canabinoide - Relato de caso. *J. bras. psiquiatr.*, Rio de Janeiro, v. 67, n. 1, p. 59- 62, Mar. 2018. *J Bras Psiquiatr.* 2018;67(1):59-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v67n1/0047-2085-jbpsiq-67-01-0059.pdf>. Acesso em: 12/06/2024.

23. TACON FSA, AMARAL WN, TACON KCB. Drogas ilícitas e gravidez: influência na morfologia fetal. *Femina*.2018; 46(1):10-18. Disponível:
<https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/VolZ46Z-Zn1-Z2018.pdf>
24. PINHEIRO SN, Laprega MR, Furtado EF. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Saúde Pública*. mar 2005;39(4):593 - 8.
25. BARROS, V. (2018). Drogas ilícitas durante a gravidez. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Acesso em fevereiro de 2024 Disponível em:
<https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/704-drogas-ilicitas-durante-a-gravidez>
26. MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, maio-jun. 2005.
27. MACHADO, J. M. H; MARTINS, W. de J.; SOUZA, M do S.; FENNER, A. L. D; SILVEIRA, M; MACHADO, A. de A; Territórios saudáveis e sustentáveis: contribuição para saúde coletiva, desenvolvimento sustentável e governança territorial, Território e Determinantes Sociais em Saúde Ciências Saúde, 2017, 28 (2), 243-249.
28. FARIA R. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. *Hygeia* 2013; 9(16):131-147.
29. RIGOTTO, Raquel Maria. Desenvolvimento, ambiente e saúde: as implicações da (des)localização industrial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
30. BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano—compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes, 1999. 200p.
31. ARAÚJO P, ASSIS M. Organização da demanda e ofertas de serviços na Estratégia Saúde da Família. *Rev. Saúde.com*. 2017; 13(4):994-1002.
32. LOPES OCA, HENRIQUES SH, SOARES MI, CELESTINO LC, LEAL LA. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. *Esc Anna Nery [Internet]*. 2020;24(2):e20190145. Available from: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN- 2019-0145>
33. RUSCHI GEC, ZANDONADE E, MIRANDA AE, ANTÔNIO FF. Determinantes da qualidade do pré-natalna Atenção Básica: o papel do Apoio Matricial em Saúde da Mulher. *Caderno Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2018; 26(2):131-139. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2018000200131&lng=pt
34. MOLINA LML, SOUZA SR. Consumo de álcool na gestação: ações de enfermagem no pré-natal – um estudo bibliográfico. *Rev de Pesq: cuidado é fundamental ONLINE* 2016.
35. SILVA, A. G.; RODRIGUES, T. C. do L.; GOMES, Katia V. Adolescência, vulnerabilidade e uso abusivo de drogas: a redução de danos como estratégia de prevenção. *Rev. psicol. polít.*, São Paulo , v. 15, n. 33, p. 335-354, ago. 2015 . Disponível em . acessos em 13 fev 2024.

36. MARANGONI, S. R.; GAVIOLI, A.; DIAS, L. E.; HADDAD, M. D. C. F. L.; ASSIS, F. B.; OLIVEIRA, M. L. F. D.. Vulnerability of pregnant women using alcohol and other drugs in low-risk prenatal care. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0266pt>
37. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
38. MAIA, J. ET AL. (2015). Consequências do uso de drogas durante a gravidez. *Revista Enfermagem Contemporânea*, v. 4, n. 2, p. 121-128, jul./dez. Acesso em: [https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/664#:~:text=Conclu%C3%ADmos%20que%20\(37%3B%202%2C,feto%20e%20de%20sua%20sa%C3%BAde.](https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/664#:~:text=Conclu%C3%ADmos%20que%20(37%3B%202%2C,feto%20e%20de%20sua%20sa%C3%BAde.)
39. FERES, L. B., & Feres, L. B. (2016). A cultura traduzida e a cultura em tradução: A literatura brasileira contemporânea na revista Granta.
40. GODOY, A. S. Refletindo sobre critérios de qualidade da pesquisa qualitativa. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, v. 3, n. 2, p. 81-89, mai./ago. 2005.
41. NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa – características, uso e possibilidades. *Cadernos de pesquisa em administração*, São Paulo. V. 1, nº 3, 2ºsem. 1996
42. MINAYO MC & SANCHES O 1993. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? *Caderno de Saúde Pública* 9(3):239-262.
43. GIL, A. C. Método e técnicas de pesquisa social. São Paulo, SP: Atlas. 1999.
44. TURATO, E.R. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teóricoepistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.
45. MANZINI, E. J. Considerações sobre a entrevista para a pesquisa social em educação especial: um estudo sobre análise de dados. In: JESUS, D. M.; BAPTISTA, C. R.; VICTOR, S. L. *Pesquisa e educação especial : mapeando produções*. Vitória: UFES, 2006, p. 361-386
46. BARDIN, L. Análise de conteúdo. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.
47. Brasil. Ministério da Saúde; Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Brasília; Ministério da Saúde; 2000. 118 p. ilus.
48. ROLIM MO, MOREIRA TMM, VIANA GRO. Curso para gestantes: ação educativa na perspectiva da co-responsabilidade. *Online Braz J of Nurs.* 2006 5(3). Disponível e: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/595/140>
49. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Geneva; 2016.

50. PETERS, A.; CRUZEIRO, H. R.; BERTOLINI, O. G. P.; ASSIS, G. P.; SILVA, A. D.; PERES, M. A. A.. Gestantes em uso de substâncias psicoativas atendidas por enfermeiros na Atenção Primária à Saúde. *Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, Ribeirão Preto, v.16, n.2, 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2020.166357>
51. ANJOS FILHO, N C; SOUZA, A M P. A percepção sobre o trabalho em equipe multiprofissional dos trabalhadores de um Centro de Atenção Psicossocial em Salvador, Bahia, Brasil. *Interface* . 2 (1): 1 - 14. 1992. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2016nahead/1807 - 5 762 - icse - 1807 - 576220150428.pdf> . Acesso em: 01/11/2023.
52. TOMAZETTI BM, HERMES L, MARTELLO NV, SCHMITT PM, BRAZ MM, HOFFMANN IC. A qualidade da assistência pré-natal sob olhar multiprofissional. *Revista Ciência & Saúde*, 2018; 11(1):41-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.15448/1983-652X.2018.1.27078>
53. Barreto CN, Wilhelm LA, Silva SC, Alvesd CN, Cremonese L; Ressel LB. “O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal. *Rev Gaúcha Enferm*. 2015;36(esp):168-76. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56769>.
54. KASSADA DS, Marcon SS, Waidman MAP. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. *Esc. Anna Nery* 2014;18(3):428- 34. Acesso em 03 de novembro de 2023. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf>
55. FRANCO, Raiza Verônica Almeida Barbosa et al. Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde. *Cadernos ESP-Revista Científica da Escola de Saúde Pública do Ceará*, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.
56. WENDELL, Andria. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clinical obstetrics and gynecology*, United States, v. 56, n. 1, p. 91-96, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31827feeb9>. Acesso em: 20 out. 2021.
57. BESSLER, D.. Prática de cuidado a mulher no ciclo gravídico puerperal com histórico de consumo de álcool e outras drogas: perspectiva da enfermagem. Biblioteca digital de teses e dissertações. Dissertação (Mestrado em enfermagem) – Universidade do Estado do Rio do Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
58. CORDEIRO, J.P & CUNHA, P. (2018). Gestão de conflitos, comportamentos de comprometimento e de cidadania organizacional em contexto educativo: Contributos para a formulação de um modelo conceitual. *European Journal of Applied Business Management*, 4(3), 46-66.
59. SILVEIRA, R. W. M. (2016). Redução de danos e acompanhamento terapêutico: aproximações possíveis. *Revista do NUFEN*, 8(1), 110-128.
60. LOBO, M. C. T. P. R. O empoderamento feminino: breves noções históricas. *R. Eletr. Sapere Aude*, v. 1, n. único, p. 26-44, 2019. Disponível em: <http://revistaelectronicasapereade.emnuvens.com.br/sapere/article/view/40/24>. Acesso em: 19 mai, 2024.

61. SANTOS RCA, Miranda FAN. Importância do vínculo entre profissional- usuário na Estratégia de Saúde da Família. *Rev Enferm UFSM*. 2016 Jul-Set; 6(3): 350 – 359
62. LOPES, A. S. Acolhimento prescrito x real: uma análise sobre as relações entre trabalhadores e usuários na Estratégia Saúde da Família. 2014. 120 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2014.
63. SOLLA JJSP. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Rev Bras Saude Mater Infant*. Dez 2005; 5(4): 493 – 503
64. OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. *Esc. Anna Nery*, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em: 05. 05. 24.
65. ILHA S, DIAS MV, BACKES DS, BACKES MTS. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da estratégia saúde da família. *Cienc Cuid Saude*. Jul-Set 2014; 13(3): 556-562.
66. CABRITA, BAC, ABRAHÃO AL, ROSA AP, FREITAS FCF. The search for care by high risk pregnant in relation to integrality in health. *Cienc Cuid Saude*, 14.2 (2015): 1139-78. Disponível em: http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/24250/pdf_347
67. PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Linha Guia Rede Mãe Paranaense. 7^a ed. Curitiba: SESA-PR, 2018. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 23 jan. 2024.
68. SIMÃO MAS, SANTOS JLG, ERDMANN AL, MELO ALSF, BACKES MTS, MAGALHÃES ALP. Gestão do cuidado de enfermagem pré-natal num Centro de Saúde de Angola. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(Supl 1):129-36. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0685> PMid:30942354.
69. NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro - um levantamento bibliográfico. *Rev. Enferm. Atenção Saúde*, v. 6, n. 1, p. 107-119, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20150013.
70. CHAUÍ M. Convite à filosofia. São Paulo(SP): Ática; 1995.
71. LEOPÉRCIO W, GIGLIOTTI A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. *J Bras Pneumol* 2004; 30:176-85.
72. ARANTES L, SHIMIZU H. Contribuições e desafios da Estratégia de Saúde da Família na atenção primária à saúde no Brasil: Revisão de literatura. *Ciênc. Saúde Colet*. 2016; 21(5):1499-1509.
73. AMORIM TV, SOUZA IEO, MOURA MAV, QUEIROZ ABA, SALIMENA AMO. Nursing care perspectives in high-risk pregnancy: integrative review. *Enfermería Global*, 2017, 16.2: 500-543. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/pt_1695-6141-eg-16-46-00500.pdf

74. HASS CN, TEIXEIRA LB, BEGHEITTO MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de porto Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013; 34(3):22- 30
75. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS (COREN-MG). Protocolo de Enfermagem: importância para a organização da assistência na atenção básica de saúde. *Boletim Informativo COREN-MG [Internet].* 2006 [citado 2010 jan. 10];28(3):4-5. Disponível em: http://www.corenmg.gov.br/sistemas/app/web200812/docs/inform/Informativo_coren_novembro.pdf
76. CUNHA GT, DANTAS DV. Uma contribuição para co-gestão da clínica: GRUPOS BALINT-PAIDÉIA - Manual de Práticas em Atenção Básica: Saúde Ampliada e Compartilhada-UNICAMP. 2010. Disponível em: <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/sites/default/files/biblioteca_home/manual_da_s_praticas_de_atencao_basica%5B1%5D.pdf> Acesso em: 15/05/2024.
77. CAMPOS GW. Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. 5. ed. São Paulo: Hucitec; 2015.
78. FERNÁNDEZ SILVA CA, LÓPEZ ANDRADE CI, SÁNCHEZ SEPÚLVEDA MP. La gestión del cuidado en La atención primaria en salud em Chile. *Rev. Iberoam Educ Invest Enferm.* 2018; 8(2):18-29. Disponível em: <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladef/articulo/277/la-gestion-del-cuidado> » <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladef/articulo/>
79. MANOEL DO VALE MORGADO et al. A vivência de acadêmicos de medicina no saber fazer da equipe de atenção primária à saúde. In: anais do 12º congresso brasileiro de saúde coletiva, 2018, Rio de Janeiro. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2018. Disponível em: <<https://proceedings.science/saude-coletiva-2018/trabalhos/a-vivencia-de-academicos-de-medicina-no-saber-fazer-da-equipe-de-atencao-primaria?lang=pt-br>> Acesso em: 09 Ago. 2024.
80. MARCOLINO, Taís Q; LOURENÇO, Gerusa F.; REALI, Aline M. M. R. 'Isso eu levo para a vida!': aprendizagem da prática profissional em uma comunidade de prática. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 17, n. 61, p. 411-420, 2017.