UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ELIENAI DE FARIAS GAMA SIQUEIRA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTES DEPENDENTES DE
DROGAS: UM *SCOPING REVIEW***

SÃO PAULO
2017

ELIENAI DE FARIAS GAMA SIQUEIRA

**PRODUÇÃO DO CUIDADO À GESTANTES DEPENDENTES DE
DROGAS: UM *SCOPING REVIEW***

Versão Corrigida

(Versão original encontra-se na unidade
que aloja o Programa de Pós-graduação)

Dissertação apresentada ao Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem da
Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo para obtenção do título de
Mestre em Ciências

Área de concentração: Cuidados em
Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Sayuri Tanaka
Maeda

SÃO PAULO
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: __/__/__

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Siqueira, Elienai de Farias Gama

Produção do cuidado à gestantes dependentes de drogas: um scoping review / Elienai de Farias Gama Siqueira. São Paulo, 2017.

91 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sayuri Tanaka Maeda

Área de concentração: Cuidados em Saúde

1. Serviços de saúde. 2. Gestantes. 3. Drogas de abuso. 4. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. 5. Enfermagem. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Elienai de Farias Gama Siqueira

Título: Produção do Cuidado à gestantes dependentes de drogas: um *Scoping Review*

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Dra. Sayuri Tanaka Maeda, pela competência, respeito e sabedoria com que me conduziu neste processo de aprendizagem.

Aos Professores Dr. Paulo Frasão, Dra. Cleide Lavieri Martins e Dra. Elisabeth Fujimori e Dra Sônia Paiva, pelas valiosas contribuições.

Aos professores Dr. Divane de Vargas e Dra. Paula Miura, e ao grupo de pesquisa - Nucleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições: Álcool e outras drogas, pela participação como juízes, auxiliando na seleção dos estudos.

Ao meu amado esposo Weles e meus queridos filhos Gabriel e Lucas pela paciência, apoio e auxílio em todos os momentos.

Aos meus amados pais pelo incentivo e apoio sempre que necessário.

À Prefeitura Municipal de Boituva e à Secretaria de Saúde pela compreensão e liberação do trabalho sempre que necessário.

À equipe de trabalho do Caps II de Boituva pelo companheirismo e apoio nas discussões e reflexões relacionadas ao presente estudo.

A Deus que permitiu e conduziu todo o processo até a concretização de mais um passo em minha formação acadêmica.

RESUMO

Siqueira EFG. Produção do cuidado à gestantes dependentes de drogas: um *Scoping Review*. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: o presente estudo foi motivado a partir da reflexão e identificação, na prática assistencial, da dificuldade de acesso e adesão das gestantes dependentes de drogas aos serviços de saúde. Pretendeu-se responder à seguinte questão: como as gestantes dependentes de álcool, tabaco e drogas ilícitas estão sendo cuidadas nos serviços de saúde de atenção ambulatorial? **Objetivos:** caracterizar os estudos selecionados com o foco na modalidade de intervenção e as estratégias de cuidados adotadas com relação às gestantes, e conceituar a produção do cuidado de gestantes dependentes de drogas, tendo como base os conceitos que emergiram dos trabalhos selecionados. **Metodologia:** trata-se de um estudo de revisão do tipo *Scoping Review*. Os resultados foram obtidos a partir de pesquisas nas bases de dados LILACS, MEDLINE, BEDENF, PUBMED, WEB OF SCIENCE e CINAHL, realizadas nos idiomas português, inglês e espanhol, a partir dos seguintes descritores controlados: *pregnant, street drugs, standard of care, substance abuse treatment centers, substance-related disorders, mental health, women's health services ambulatory care*. Os descritores não controlados foram: *pregnancy [Mesh] OR pregnant women [Mesh], expectant mothers [Cinahl], Drugs OR Drug/Illicit drugs, care, Treatment, Substance Abuse [Mesh], Mental Health Services [Mesh], Health Services [Mesh], Health Care Quality, Access, and Evaluation [Mesh], Multidisciplinary Care Team [Cinahl]*. Utilizaram-se os mnemônicos “PCC”- População: gestantes dependentes de drogas; Conceito: produção do cuidado; Contexto: serviços de Saúde. **Resultados:** Identificaram-se 939 estudos relacionados ao tema. Após a aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e avaliação dos artigos por juízes, foram selecionados nove estudos da base de dados PUBMED, publicados nos Estados Unidos da América. A totalidade dos estudos tratava de desenho do tipo ensaio clínico randomizado. O período de publicação foi de 2007 a 2015. As gestantes eram solteiras em sua maioria, de baixa renda e com idade entre 18 a 50 anos. A produção do conhecimento foi liderado pela Medicina (66,6%), coparticipação da Enfermagem (22,2%) e Nutrição (11,1%). As

principais modalidades de intervenção foram em grupos, de ensaio clínico randomizado e monitoramento de âmbito individual. As principais ferramentas empregadas no acompanhamento desses grupos foram: entrevista motivacional aprimorada, intervenção breve, local de trabalho terapêutico e incentivos de contingência. Emergiram dos trabalhos selecionados os seguintes elementos que permitiram a formulação do conceito de produção do cuidado: cuidado relacional, vínculo, escuta e sensibilidade para abordagem sócio-histórico-cultural, gênero e tempo. **Conclusão:** a partir do presente estudo foi possível analisar os elementos emergentes e formular um conceito de produção do cuidados de gestantes dependentes de drogas.

PALAVRAS-CHAVE: Serviços de saúde. Padrão de cuidado. Gestantes. Drogas ilícitas. Transtornos relacionados ao uso de substâncias. Enfermagem.

ABSTRACT

Siqueira EFG. Production of care for pregnant women dependent on drugs: a Scoping Review. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2017.

Introduction: this study was motivated from the reflection and identification in the assistance practice, the difficulty of access and adherence of pregnant and dependent on drugs women to ambulatory care services. We intended to answer the following question: how are pregnant and dependent on alcohol, tobacco and illicit drugs women being cared in outpatient health services? **Goals:** to characterize the selected studies with the focus on the intervention modality and the strategies of care adopted to the pregnant women; to conceptualize the production of care for pregnant and dependent on drugs women, based on the emerging concepts of the selected work. **Methodology:** this is a review study of the type Scoping Review. The results were obtained from the LILACS, MEDLINE, BEDENF, PUBMED, WEB OF SCIENCE and CINAHL databases, in Portuguese, English and Spanish, from the following controlled descriptors: pregnant, street drugs, standard of care, substance abuse treatment centers, substance-related disorders, mental health, women's health services, ambulatory care. **Results:** 939 related studies were identified. After the application of inclusion criteria, exclusion and evaluation of articles by judges, nine studies of the PUBMED database, published in the United States of America, were selected. All of the studies involved a randomized clinical trial type design. The period of publication was from 2007 to 2015. The pregnant women were mostly single, low income and aged between 18 and 50 years old. The production of knowledge was led by Medicine (66.6%), participation of Nursing (22.2%) and Nutrition (11.1%). The main intervention modalities were made in groups, randomized clinical trial and individual monitoring. The main tools used to follow up these groups were: improved motivational interview, brief intervention, therapeutic work place and contingency incentives. The following elements emerged from the selected works that allowed the formulation of the concept of care production: relational care, bonding, listening sensitivity to socio-historical-cultural approach, gender and time. **Conclusion:** from the present study it was possible to analyze the emergent elements and formulate a concept of care production for pregnant women.

KEYWORDS: Health services. Standard of care. Pregnant women. Street drugs. Substance-related disorders. Nursing.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Resumo dos descritores controlados e não controlados por bases de dados, selecionados para a busca dos estudos.	49
Tabela 2	Estudos incluídos e excluídos de acordo com as bases de dados.	52
Tabela 3	Caracterização dos estudos segundo a base de dados, título do estudo, periódico, autoria, área do conhecimento. São Paulo, 2017.	55
Tabela 4	Caracterização dos estudos segundo a metodologia, número e tipo de participantes, substâncias envolvidas, faixa etária predominante, estado civil e renda e classe social e local do estudo. São Paulo, 2017.	57
Tabela 5	Caracterização dos estudos segundo objetivos e estratégia de cuidados. São Paulo, 2017.	61

APRESENTAÇÃO

Durante minha formação acadêmica, apesar de fortemente influenciada pela área da saúde coletiva, foram pouquíssimas as abordagens sobre drogas e como abordar ou cuidar de dependentes químicos. Ao ingressar num serviço de saúde mental, em 2012, e logo em seguida assumir a coordenação de tal serviço, o sentimento de impotência surgiu tendo em vista o meu despreparo e também o de toda a equipe que estava iniciando o trabalho dentro do Caps, uma vez que nenhum profissional, além do psiquiatra, tinha trabalhado com a área da dependência química. Durante dois anos, realizaram-se atividades de formação continuada e foram vários os cursos que auxiliaram e prepararam a equipe para atender os pacientes de maneira mais eficaz. Foi marcante neste serviço o reconhecimento do predomínio de atendimento à clientela masculina. As mulheres sempre desistiam após os primeiros atendimentos. Lembro-me de uma gestante dependente de crack que buscou auxílio no Caps. Após várias faltas, foram realizadas diversas visitas domiciliares tentando motivá-la e trazê-la para o tratamento. Ela foi localizada numa dessas visitas e retornou ao Caps mais duas vezes. Passados alguns meses, o hospital ligou informando que ela havia tido um parto normal domiciliar e foi constatado que era soropositiva. Mais uma vez o sentimento de impotência recaiu sobre toda a equipe que se perguntava “onde erramos?”, “o que faltou oferecer para essa paciente?”. Esta lacuna referente à adesão das mulheres dentro do Caps sempre permeou o serviço. Recentemente foi implantado no município um serviço de Referência em Saúde da Mulher, visando ao tratamento para gestantes de alto risco. Concomitantemente ao pré-natal de alto risco, a enfermeira deste serviço encaminhou três gestantes dependentes de drogas para iniciar o tratamento para a dependência no Caps. Tendo em conta a preocupação com a não adesão das mulheres ao serviço, foi proposto a formação de um grupo específico para essas gestantes, buscando uma melhor identificação delas com o serviço, uma maior liberdade para o diálogo e um melhor atendimento às suas necessidades de saúde. Porém, mais uma vez, não obtivemos o resultado esperado. Apenas uma gestante compareceu uma única vez e as demais se recusaram a vir até o serviço. Essa situação coincidiu com o momento de desenvolvimento do projeto de pesquisa referente à produção de cuidado nos serviços de saúde. Após a apresentação da proposta do projeto de pesquisa, fui motivada pelos avaliadores que compunham a banca do exame de qualificação a focar na produção do cuidado desta clientela específica, vindo a calhar com minha angústia pessoal. Acredito que este seja um problema que todos os profissionais de saúde mental enfrentem devido a diversos fatores, tais como a complexidade do fenômeno da dependência, a falta de preparo e a formação acadêmica das diversas áreas da saúde, a serviços com demandas que não abrangem as mulheres, muito menos as gestantes, e a falta de interesse no tratamento e ou vergonha dessas mulheres de comparecerem aos serviços de saúde. Esperamos com este estudo apreender a essência da produção do cuidado, aliada às ferramentas mais adequadas para esta clientela e contribuir para instrumentalizar os profissionais para que as intervenções possam gerar resultados transformadores nas gestantes dependentes de drogas.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	16
2. REVISÃO DE LITERATURA	18
2.1 Dependência Química	19
2.2 Técnicas de intervenção na dependência química	23
2.2.1 Entrevista Motivacional	23
2.3.2 Terapia cognitivo-comportamental	25
2.3.3 Intervenção breve	26
2.3 O papel da família na dependência química	27
2.4 Gênero	30
3. REFERENCIAL TEÓRICO	33
3.1 Saúde Coletiva	34
3.2 Cuidado	35
3.3 Produção do cuidado	38
4. OBJETIVOS	42
4.1 Objetivo Geral	43
4.2 Objetivos Específicos	43
5. METODOLOGIA	44
5.1 Etapas da Pesquisa	47
5.2 Localização e seleção	47
5.3 Diagrama	51
6. RESULTADOS	53
6.1 Ferramentas de cuidados e intervenções	58
7. DISCUSSÃO	62
8. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERENCIAS	71
APÊNDICES	82

INTRODUÇÃO

O cuidado de pessoas com perfil de dependência de drogas¹, principalmente no caso de gestantes, é um grande desafio para os profissionais de saúde. Tal questão decorre de fatores sociais, emocionais e físicos que envolvem tanto a mulher quanto o feto.

Esse cuidado requer um preparo especial por parte da equipe de saúde, com um olhar sobre as suas particularidades, tendo consciência das implicações éticas e legais do seu trabalho (Minas Gerais, 2006) e deve ter uma abrangência que corresponda à complexidade da natureza multifacetada dos transtornos de uso de substâncias e seus antecedentes (WHO, 2014).

Apesar da individualidade de cada mulher, notam-se algumas práticas comuns entre elas, por exemplo, a não adesão ao pré-natal, a pouca participação nos grupos de gestantes, os riscos elevados de complicações fetais e obstétricas, o abandono dos filhos ou o impedimento legal de cuidar deles (Kassada et al, 2013).

De acordo com o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), 2012, as mulheres, especialmente as mais jovens, são a população mais vulnerável aos riscos, já que esse grupo apresentou maiores índices de aumento entre 2006 e 2012 (Brasil, 2007).

Por conta desses riscos e complicações de saúde, tanto fetais como obstétricos, essas mulheres “são consideradas gestantes de alto risco e devem receber atenção especial no período periparto devido à probabilidade de intoxicação aguda que precede o momento do parto” (Martins-Costa, 2013, p.347).

De acordo com El-Mohandes et al (2003), gestantes em uso de substâncias que recebem atendimento pré-natal adequado têm melhores resultados do parto do que as que não o recebem.

Diante dessa situação, evidencia-se a importância do manejo adequado e da identificação precoce dessas gestantes dentro dos serviços de saúde, uma vez que o diagnóstico precoce favorece a intervenção criando assim acesso ao tratamento enfrentamento ao uso de drogas de abuso na gestação (Nappo et al, 2012).

No Brasil, considerando o campo de ação do Sistema Único de Saúde (SUS), a assistência mais indicada para o tratamento da dependência química é o Centro de

¹No decorrer deste estudo, o termo “drogas” será empregado para designar álcool, tabaco e drogas ilícitas como cocaína, maconha, crack, heroína, etc.

Atenção Psicossocial (CAPS), criado por meio da Reforma Psiquiátrica brasileira na década de 1970, concomitantemente ao movimento sanitário e ao movimento dos trabalhadores em Saúde Mental, que criticavam o modelo manicomial e buscavam uma mudança referente aos cuidados dos pacientes com transtornos mentais (Brasil, 2004).

O primeiro CAPS surgiu na cidade de São Paulo em março de 1986, resultado do movimento social que buscava melhorar a assistência e denunciar a situação precária dos hospitais psiquiátricos do Brasil (Brasil, 2004).

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2004), o referido serviço existe para desempenhar um papel inovador e estratégico na política de saúde mental, através de atendimento integral, multidisciplinar, com estímulo à integração social e familiar e apoio na busca de autonomia do paciente.

No entanto, estudos apontam para a falta de preparo e capacitação das equipes de saúde que lidam com a dependência química, criando desta forma uma barreira para o usuário que busca tratamento (Marques et al, 2012).

No campo da enfermagem, um estudo realizado, no ano de 2007, com 16 enfermeiros, oriundos dos 13 Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS AD) no Município de São Paulo, evidenciou que esses profissionais careciam de aprendizado durante a graduação para atuação com o dependente químico (Vargas e Duarte, 2011).

Lima et al (2015) confirmam tal percepção apontando a urgência de investimento na base da formação inicial dos enfermeiros.

O cuidado na saúde mental requer uma renovação de valores, atitudes, objetivos e consequente inovação das habilidades como política assistencial com vistas à sustentabilidade do atual modelo psicossocial (Setoya, 2011; Silva, Oliveira, Kamimura, 2014).

Outra barreira que os Caps enfrentam refere-se a questão de gênero. Observa-se demanda e oferta de tratamento centradas nas necessidades masculinas, uma vez que este público constituindo-se a maioria da população usuária desse serviço (Kuyava, 2013).

De acordo com Brady (1999), as mulheres iniciam no uso de drogas após e influenciada pelos homens, entretanto, sua dependência avança muito mais rapidamente e com maiores prevalências para transtornos psiquiátricos, além do menor acesso ao tratamento de reabilitação de drogas.

Segundo Yabuuti e Catia (2014), o atendimento na rede de saúde é desintegrado desde a Atenção Básica, os CAPS até os hospitais. Essa falta de articulação entre os serviços acaba favorecendo a não adesão ao acompanhamento pré-natal.

Para Kuyava (2013, p.27), o “cuidado, considerando os múltiplos aspectos envolvidos na gestação e no uso de drogas, exige um trabalho em equipe interdisciplinar e de forma articulada”. Entende-se que esse cuidado deve superar a vertente biológica e medicamentosa.

As intervenções de prevenção e tratamento devem ser prestadas às mulheres grávidas e lactantes de forma a evitar o estigma, a discriminação, a marginalização e promover o apoio familiar, comunitário e social. Elas precisam ser informadas sobre os riscos e benefícios, para si e para seus fetos ou lactentes, de cada tratamento e sobre as opções de terapêutica disponíveis ao tomar decisões sobre seus cuidados de saúde (WHO, 2014).

Moreira *et al* (2012) apresentam algumas atitudes que a equipe de saúde deve ter para motivar a participação das gestantes dependentes de drogas no tratamento, tais como: postura livre de julgamentos, compreensão sobre os fatores culturais e psicossociais que envolvem o uso de drogas e da dependência como problema de saúde, comprometimento com o cuidado, desenvolvimento de um ambiente que garanta a privacidade e a confidencialidade da gestante, identificação e quebra das barreiras para o tratamento, reconhecimento dos sentimentos, entendimento do quão difícil é para a gestante falar sobre sua dependência, desenvolvimento de um relacionamento sólido e confiável e atenção para a importância do trabalho integrado dos profissionais envolvidos.

Como consequência para a saúde, o uso de drogas ilícitas durante a gravidez pode ocasionar parto prematuro, recém-nascidos de baixo peso, desprendimento placentário, síndrome de abstinência neonatal e admissão na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (Kuczkowski, 2007).

O consumo de cocaína, anfetaminas, opióides e maconha tem sido associado também, além dos sintomas já citados, à ruptura uterina, sofrimento fetal e atraso no desenvolvimento cognitivo (Singer, 2004). Em relação ao álcool, tem-se que seu consumo pode levar à síndrome do álcool fetal e outros danos como aborto espontâneo, natimorto, baixo peso ao nascer, prematuridade e defeitos congênitos. O

uso de drogas injetáveis também está associado a um risco aumentado de transmissão de HIV e hepatite viral para mulheres grávidas e seus bebês (WHO, 2014).

Tendo em vista a complexidade da problemática exposta nesta introdução, o presente estudo tem como objetivo responder à seguinte questão: quais estratégias estão sendo empregadas nos casos de gestantes dependentes de álcool, tabaco e drogas ilícitas nos serviços de saúde de atenção ambulatorial?

1. JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

1.

JUSTIFIC**ATIVA DO ESTUDO**

Tendo em vista a problemática relacionada às gestantes dependentes de drogas, o presente estudo legitima-se por buscar mapear e elucidar essa questão, contribuindo, de maneira relevante, para o avanço de ferramentas e estratégias de cuidados dessas mulheres. É importante considerar que a gravidez é uma condição que coloca a paciente em maior risco de complicações, fazendo-se necessário, por isso, de um nível mais intenso de cuidado.

São várias as barreiras enfrentadas pelas gestantes, tanto para receber quanto para permanecer em tratamento da dependência. Esses impedimentos vão desde questões geográficas até atitudinais, como posturas e abordagens de cunho punitivo, acreditando-se que a ameaça de prisão ou a denúncia às autoridades estaduais podem dar às mulheres grávidas a motivação que precisam para se envolver no tratamento e interromper o uso de substâncias (Boyd, 1999; Murphy, 1999). Contudo, a crença de que uma mulher grávida que usa substâncias está falhando em proteger um outro ser inocente e, assim, desviando-se das normas sociais que cercam a maternidade, coloca a mulher como adversária do feto em desenvolvimento (Murphy, 1999).

Greenfield, Brooks e Gordon, 2007, ademais dos empecilhos já mencionados, destacam as barreiras específicas de gênero, como, por exemplo, “responsabilidades de assistência à infância, transporte, situação financeira e estigma social”.

De acordo com Romo (2004), a gestante dependente de drogas enfrenta uma carga emocional de desgosto e medo do público uma vez que considera o consumo de drogas como um comportamento socialmente desviante dos papéis sociais e culturais destinados às mulheres, tornando-se mais vulnerável aos agravos sociais e de saúde.

Oliveira (2008) alerta para a construção histórica da imagem da mulher que difere da imagem de uma pessoa usuária de drogas e/ou participante do narcotráfico. Isso muito tem contribuído para o processo de invisibilidade das mulheres no fenômeno das drogas e resultando em maior vulnerabilidade aos agravos sociais e de saúde para este grupo populacional.

Por outro lado, vários estudos apontam para a gravidez como uma grande oportunidade de mudança de padrões de consumo de drogas, não só para a gestante como também para os demais membros que compõem a família (Daley 1998,

Lanehart et al, 1994). Quando adaptado as suas necessidades individuais, as mulheres podem ser mais sensíveis ao tratamento (Lanehart et al, 1994).

Entretanto, estudos indicam que grande parte dos programas de tratamento estão organizados de forma empírica, pautado no empenho e na experiência pessoal de seus profissionais, havendo uma lacuna entre o que tem eficácia comprovada por pesquisa e o que se faz na prática clínica (Diehl et al, 2011).

Dahlgren, Willander (1989) e Greenfield, Trucco, McHugh, et al, (2007) sugerem que para melhorar a busca, permanência e adesão no tratamento, os programas devem oferecer cuidados infantis, cuidados pré-natais e tratamento exclusivo para mulheres, uma vez que esta abordagem está associada a menos recaídas e maior satisfação no tratamento (Ashley, Marsden e Brady, 2003).

2. REVISÃO DE LITERATURA

2. REVISÃO DE LITERATURA

O presente capítulo estrutura-se da seguinte maneira: primeiramente serão apresentados os conceitos de uso recreativo, abusivo e de padrão de dependência, objeto do presente estudo; em seguida será abordada a temática da saúde coletiva e as principais ferramentas e técnicas voltadas ao tratamento da dependência química; e, finalmente, serão retomados os principais autores que tratam da produção de cuidado em serviços de saúde.

2.1 Dependência Química

A disponibilidade e o consumo das drogas são sempre parte das representações sociais, ou seja, dos contextos geográficos, econômicos, sociais, culturais e históricos nos quais se insere o indivíduo (Diehl et al 2011).

De acordo com Prata e Santos (2006), o consumo de drogas sempre existiu em diversas sociedades sendo realizado com fins religiosos, culturais e medicinais. Foi a partir do século XX que o consumo se transformou em preocupação mundial, devido à alta frequência e aos danos sociais relacionados a seu uso e comércio ilegal/tráfico. Para os autores, poucos fenômenos sociais acarretam mais custos com justiça, saúde, dificuldades familiares e notícias na mídia mundial como o consumo abusivo de drogas.

As drogas de abuso são classificadas em lícitas e ilícitas. As lícitas são as que possuem permissão do Estado para sua produção e comercialização e cujo uso não é, portanto, criminalizado. São representadas principalmente pelo álcool, tabaco e medicamentos. Já as drogas ilícitas não podem ser comercializadas e sua produção e venda são passíveis de criminalização e repressão. Também são classificadas, conforme o mecanismo de ação ou efeito que causam no sistema nervoso central, em depressoras, estimulantes e perturbadoras (Carlini et al, 2011).

Dentre os padrões de consumos, encontramos: o uso experimental, que se dá uma ou poucas vezes ao longo da vida; o uso recreacional, quando há um consumo frequente da substância, porém sem que se possa reconhecer qualquer tipo de prejuízo decorrente dessa prática; o uso nocivo ou abusivo, quando o paciente apresenta algum tipo de prejuízo concreto de sua saúde física ou mental ou se expõe a riscos em

decorrência desse consumo; e, por último, o uso classificado como dependência (Carlini et al, 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001), define a dependência química como resultante da interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por modificações de comportamento, e o impulso a utilizar a substância de modo contínuo para experimentar seus efeitos psíquicos e evitar o desconforto da privação.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), os principais critérios que definem um dependente químico são a Tolerância e a Abstinência. A Tolerância é definida como a perda do efeito ou a necessidade de aumentar a dose para obter o mesmo efeito. Essa tolerância pode ser inata, o indivíduo já nasce mais resistente, ou adquirida, relacionada à adaptação do organismo à presença da substância. Já a abstinência é um conjunto de sinais e sintomas que, em geral, são reversos ao efeito da droga (American Psychiatric Association, 2013).

Outros critérios definidores para a dependência química são: consumo prolongado; desejo persistente de uso e incapacidade para controlá-lo; muito tempo gasto em atividades para a obtenção da substância; fissura importante, uso em situação de exposição a risco, redução do círculo social em função do uso da substância; e persistência do uso da substância apesar de prejuízos clínicos, sociais e interpessoais. O usuário recebe o diagnóstico de dependência química na presença de três ou mais dos critérios apresentados (Fidalgo et al, 2012).

De acordo com a perspectiva dos autores citados, a junção da ‘droga’, do ‘indivíduo’ e da ‘sociedade’ na qual está inserido, formam a tríade que leva a dependência química.

Portanto, cabe ressaltar que a dependência química não resulta, simplesmente, de um dado fisiológico, sendo necessário reconhecer as interações sociais, a complexidade familiar que facilitam e estimulam o abuso, a recorrência e a continuidade da relação de um indivíduo com uma substância (Diehl et al 2011).

O estudo realizado por Hutchins e Dipietro (1997) com mulheres grávidas identificou fatores que predispõem a mulher ao uso de substâncias, tais como o histórico familiar de problemas de álcool ou drogas, a introdução nas drogas por um parceiro masculino, a falta de apoio social, parceiros atuais usuários de drogas, situações de vida menos estáveis e altas taxas de abuso sexual na infância. O

tabagismo também aparece como um forte preditor do uso de drogas ilícitas (Hutchins e Dipietro, 1997).

Além desses fatores, estudos apontam para a influência da violência sobre o uso de substâncias. Experiências traumáticas anteriores, como abuso físico, sexual e emocional, são comuns entre as mulheres com transtorno de uso de substâncias (Liebschutz et al, 2002).

Outro estudo, realizado em Vancouver – Canadá, identificou que todas sofreram adversidades na infância e 77% relataram ter sofrido abuso sexual antes de iniciar o uso de substâncias. Em muitos casos, experiências adversas continuaram persistindo até a idade adulta, com altas taxas de violência pelo parceiro durante a gravidez (Torchalla et al, 2015).

Segundo Davis (1990), as mulheres dependentes de drogas tendem a ser socialmente isoladas e são menos propensas a usar sistemas de apoio social.

Tal situação se deve a diferenças e particularidades referente ao uso de drogas entre homens e mulheres. Segundo Silva (2015), o início do consumo de substâncias por parte de mulheres está relacionado a ocorrências de eventos vitais como: morte do cônjuge ou uma separação, depressão, sentimentos de isolamento social, pressões familiares ou profissionais, abuso sexual na infância, etc.

Segundo Hochgraf e Brasiliano (2006), as mulheres sofrem mais com o estigma associado aos estereótipos de maior agressividade, tendência à promiscuidade e falhas no cumprimento do papel familiar, quando comparados com os homens. Para os autores, este processo está associado aos valores morais que foram construídos a partir das concepções religiosas católicas, ou seja, o hábito do consumo de determinadas substâncias psicoativas é construído e transformado historicamente com uma valorização moral sobre o ato e o comportamento de determinados grupos.

No que se refere à droga, esta deve possuir certas características para poder causar a dependência. A primeira está relacionada à sua capacidade de causar euforia ou aliviar a dor. Drogas com essa característica atuam no circuito do prazer ou da recompensa, resultando na liberação de dopamina. Cada vez que se ativa o sistema de recompensa, é enviada uma mensagem para a amígdala que classifica o estímulo como bom, e por sua vez, manda estímulos para áreas relacionadas à memória. Por isso, o ambiente no qual a droga é consumida fica gravado e cabe ao dependente, auxiliado por seu terapeuta, substituir as memórias da droga por novas memórias. A segunda característica que podemos elencar relaciona-se ao início e à duração do

efeito da substância. Quanto menos barreiras a droga tenha que atravessar para atingir o cérebro, mais rápido será seu efeito e, conseqüentemente, maior sua facilidade para causar a dependência. A duração do efeito depende da distribuição e excreção particular de cada droga. A terceira das características associa-se às adaptações a longo prazo, visto que, do ponto de vista neuroquímico, o desenvolvimento da dependência e a vulnerabilidade à recaída parecem ser resultado de processos neuroadaptativos no sistema nervoso central que se opõem às ações agudas reforçadoras das drogas de abuso. Estas alterações levam ao prejuízo dos mecanismos que medeiam ao reforço positivo e à emergência de estados afetivos diferentes e a ele opostos como a ansiedade, a disforia e a depressão da abstinência (Diehl et al, 2011).

Entretanto, o âmbito do indivíduo é considerado como o mais importante pelos autores. O indivíduo pode tornar-se dependente de acordo com a relação que estabelece com a droga. Tal relação é influenciada diretamente por diversos fatores genéticos, biológicos e psicodinâmicos.

Quanto à genética, o gene responsável pela codificação do receptor dopaminérgico D2 parece ter papel-chave devido sua expressão estar reduzida nos pacientes dependentes químicos. Dessa forma, para compensar esse hipofuncionamento esses indivíduos buscariam maneiras de estimular tal via (Diehl et al, 2011).

Na vertente biológica, as substâncias com potencial para gerar abuso são aquelas que produzem o reforço positivo (sensação agradável e prazerosa), o que leva à intensificação de seu consumo.

Tais substâncias agem sobre os corpos celulares de neurônios dopaminérgicos da área tegmental ventral. Tais neurônios lançam projeções para áreas límbicas. Essa via está ligada às sensações subjetivas e motivacionais do uso da substância. Além disso, projeções para o córtex pré-frontal também são ativadas (via mesocortical), sendo responsáveis pela experiência consciente dos efeitos da droga, bem como pela fissura e pela compulsão ao uso. Nos fatores psicodinâmicos: o dependente químico pode ser compreendido como um indivíduo que não completou adequadamente seu processo de individuação, como se, no momento de se perceber como pessoa, o fizesse frente a um espelho quebrado, no qual várias falhas e lacunas de seu ego são expostas. Diante dessa situação, a substância atua como um fator de estruturação do ego, gerando, assim, a sensação de profundo

bem-estar, que leva ao impulso incessante de consumo (Fidalgo et al, 2012, p.3).

A Organização Mundial da Saúde evidência a importância de pesquisas sobre genes ligados à dependência química. A entidade sugere, em relação ao tabaco, a existência de genes relacionados ao metabolismo da nicotina que contribuem para o desenvolvimento e a persistência do vício, sendo semelhante o cenário para os casos de etilismo. O fator hereditariedade, nas ocorrências de dependência de opióides, pode chegar a ter influência em 70% dos casos (WHO, 2008).

Com base nos autores citados na explanação feita até este ponto, embora se perceba uma visão multicausal do processo saúde-doença, nota-se que se desconsidera o processo de produção e reprodução do consumo e distribuição de drogas, pautado no modo de produção capitalista.

No contexto do capitalismo, segundo Soares (2007), a droga passou a ser uma mercadoria e o consumo prejudicial é interpretado como resposta a desgastes, que acometem de forma desigual os sujeitos das diferentes classes. A autora salienta que essa mercadoria responde com eficiência a necessidades da vida contemporânea: é uma mercadoria que gera lucros crescentes e que produz, em seus consumidores, prazer imediato.

Uma forma de superar as limitações da visão multicausal, que não se mostra suficiente para superar o trabalho em saúde, segundo Cordeiro, Henrique e Bittencourt (2016), é através do campo da Saúde Coletiva, que será apresentado no capítulo do referencial teórico.

2.2 Técnicas de Intervenção na dependência química

2.2.1 Entrevista motivacional

A estratégia da entrevista motivacional é uma abordagem desenvolvida por Miller e Rollnick (2001) com o objetivo de auxiliar o dependente a identificar e reconhecer seus problemas atuais, potenciais além da ambivalência quanto à mudança comportamental. Visa também estimular o comprometimento para a realização da mudança por meio de abordagem psicoterápica persuasiva e encorajadora (Miller e Rollnick, 2001).

Essa técnica é particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar ou estão ambivalentes quanto à mudança. É composta por cinco princípios gerais, a saber: 1. expressar empatia - acolher, aceitar e entender

o paciente, sem fazer julgamentos a seu respeito; 2. desenvolver discrepância - mostrar para o paciente a discrepância entre o seu comportamento, suas metas pessoais e o que pensa que deveria fazer; 3. evitar a confrontação; 4. lidar com a resistência do paciente - levar o paciente a considerar novas informações e alternativas, em relação ao uso da substância; 5. fortalecer a autoeficácia do paciente - autoeficácia refere-se à crença de uma pessoa em sua capacidade de realizar e de ter sucesso em uma tarefa específica (Micheli et al, 2014).

Os psicólogos James Prochaska e Carlo DiClemente, desenvolveram um modelo com o qual descreveram os estágios de mudança que os dependentes enfrentam (Micheli et al, 2014):

1. Pré-contemplação – O paciente neste estágio não pensa na possibilidade de mudança. Cabe ao profissional fornecer informações que possam encorajar o paciente a refletir sobre o risco do uso de substância e pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso.
2. Contemplação - o paciente apresenta ambivalência, ou seja, ele tanto considera a necessidade de mudar seu comportamento quanto a rejeita. O foco da abordagem neste estágio é incentivar o paciente a falar sobre as vantagens (prós) e desvantagens (contras) de seu uso de substâncias e utilizar as desvantagens mencionadas como razões para diminuir ou interromper o uso.
3. Preparação - o paciente reconhece o uso de drogas como sendo o causador de seus problemas e se propõe a mudar de comportamento. Neste estágio, deve ser desenvolvido um plano para a mudança de comportamento, identificando situações de risco e traçando estratégias de enfrentamento.
4. Ação - Nesse estágio, o paciente coloca em prática as estratégias e planos (desenvolvidos no estágio anterior) para conseguir atingir sua meta de mudança.
5. Manutenção - o desafio é manter a mudança obtida e evitar a recaída. O paciente necessita ser continuamente reforçado e encorajado.

A intervenção motivacional breve aprimorada (IMB), tem importante funcionalidade por ser uma forma de atendimento concisa, baseada na entrevista motivacional, que objetiva alcançar a mudança comportamental do paciente e

desencadear uma tomada de decisão e o comprometimento com a mudança (Miller e Rollnick, 2001).

A IMB compõem-se de uma a três sessões, que possuem impacto motivacional e conduzem a mudanças de comportamento, sendo uma estratégia comparável a tratamentos mais extensos em dependência de drogas. Ela contém seis elementos: (i) devolução; (ii) responsabilidade pessoal do paciente; (iii) conselhos claros para mudança de hábito; (iv) seleção de uma abordagem específica de tratamento, mas ofertando estratégias alternativas; (v) empatia do terapeuta; e (vi) reforço da autoeficácia da esperança do paciente (Miller e Rollnick, 2001).

2.2.2 Terapia cognitivo-comportamental

As primeiras terapias cognitivo-comportamentais, cujo principal autor é Araron Beck, começaram a surgir no início dos anos 60. Essas práticas se baseiam em três proposições fundamentais: 1. A atividade cognitiva influencia o comportamento. 2. A atividade cognitiva pode ser alterada e monitorada e 3. O comportamento desejado pode ser influenciado mediante mudança cognitiva (Dobson e Scherrer, 2004).

Segundo Knapp (2004 p.22), esta terapia trabalha três níveis de cognição, a saber:

- “Crenças nucleares vão se construindo e formando desde as experiências de aprendizado mais primevas e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e interpretação dos eventos, modelando o jeito psicológico de ser”.
- Pensamentos Automáticos, quando distorcidos, exagerados e equivocados, moldam as emoções e as ações. Segundo os autores, a modificação desses pensamentos melhora o humor enquanto a modificação da crença nuclear melhora o transtorno.
- Pressupostos Subjacentes são crenças identificadas na forma condicional (se eu fizer o que os outros esperam, então irão gostar de mim). Se o pressuposto não for cumprido, o indivíduo torna-se vulnerável ao transtorno (sou um fracassado, incapaz de ser amado).

Beck (1993) desenvolveu o chamado modelo cognitivo do uso de substâncias, também denominado “modelo cognitivo de recaída, este se dá através de uma situação estímulo, crenças centrais e sobre o uso de drogas, pensamento automático, fissura (*craving*), crenças permissivas, plano de ação e uso continuado de recaída”.

Para exemplificar como funciona o modelo cognitivo, afirmam que existem situações que estimulam e desencadeiam crenças centrais sobre o sujeito, o futuro, o mundo e em relação ao uso de drogas. Essas crenças ativadas aparecem de forma inconsciente e levam ao aparecimento de pensamentos automáticos, desenvolvendo assim o surgimento de sinais e sintomas fisiológicos, ou seja, fissuras (craving). A partir daí, desencadeando crenças facilitadoras. Por causa da fissura e das crenças facilitadoras, o indivíduo planeja e vai até a droga, iniciando o seu uso. O sujeito tem vontade de continuar o uso, mas possui sentimentos de fracasso e culpa, sendo assim uma situação contraditória. Este desconforto psíquico ativa crenças disfuncionais e o sujeito dá continuidade ao uso das substâncias. Esse entendimento possibilita a compreensão dos fatores que contribuem para a manutenção do uso, para o comportamento e também para a tendência de recaídas (Beck et al, 1993).

2.2.3 Intervenção breve

A técnica denominada Intervenção Breve foi desenvolvida em 1972 por Sanchez-Craig e colaboradores, e simultaneamente por William Miller, no Canadá, porém, outros pesquisadores dos Estados Unidos também desenvolveram abordagens semelhantes estimulados pelo estudo de Griffith Edwards na Inglaterra (Micheli et al, 2014).

É uma estratégia de tempo limitado (5 a 40 minutos), cujo foco também é a mudança de comportamento. Miller e Sanches (1993) propuseram alguns elementos essenciais para o processo de Intervenção Breve, representados pela abreviação **FRAMES** (que em inglês significa moldura, enquadramento, ou seja, você irá enquadrar os seus procedimentos nesse esquema) (Micheli et al, 2014):

Feedback (devolutiva ou retorno) – após a aplicação de um questionário de triagem, o paciente recebe um retorno sobre os riscos de seu padrão de consumo.

Responsibility (responsabilidade) – será realizada uma negociação entre o profissional e o paciente, a respeito das metas a serem atingidas para redução do uso ou abstinência.

Advice (aconselhamento) – orientações claras, relacionando os problemas atuais, relatados pelo paciente, com seu uso de substâncias.

Menu of option (menu de opções) – identificar as situações de risco (onde ocorre, na companhia de quem, quais sentimentos as permeiam) e orientar o

paciente no desenvolvimento de habilidades e estratégias para evitar ou lidar de outra forma com essas situações de risco.

Empathy (empatia) – importante evitar um comportamento confrontador ou agressivo. Deve-se demonstrar ao paciente que se está disposto a ouvi-lo e que se entende seus problemas, incluindo a dificuldade de mudar.

Self-efficacy (autoeficácia) – encorajar o paciente a confiar em seus próprios recursos e a ser otimista em relação à sua habilidade para mudar seu comportamento, reforçando os aspectos positivos.

Um dos principais objetivos da Intervenção Breve é conscientizar o paciente de que o uso de substância traz riscos e encorajá-lo a reduzir ou deixar de usar o álcool ou outra droga. Geralmente, esta técnica é aplicada em serviços de saúde, como a atenção básica, após a aplicação de um questionário de triagem que indicará o nível de gravidade na qual se encontra o paciente. Cabe ao profissional aplicar a técnica de Intervenção Breve e indicar, se necessário, o serviço de tratamento especializado (Amaral et al, 2014).

2.3 O papel da família na dependência química

A noção que se tem de *família* tem mudado nos últimos tempos, sobretudo devido a modificações sociais, econômicas, políticas e culturais. Para Michuchin e Fishman (1990, p.21), família define-se como “um grupo natural que desenvolve padrões de interação, que governam o funcionamento dos membros que a compõem, delineando seus comportamentos e facilitando seu convívio, constituindo um sistema”. Segundo os autores, pode haver ainda “subgrupos compostos por afinidades, gênero e idade, nos quais o comportamento de um membro influenciará o comportamento dos outros membros”.

Já Petzold (1996, p.39) propõe um conceito de família definida como “um grupo social especial, caracterizado por intimidade e por relações intergeracionais”.

Hodkin et al (1996) acreditam que os limites da família são definidos pelos laços de afetividade e intimidade e não somente pelo parentesco por consanguinidade e pelo sistema legal que rege as relações familiares.

Hermeto, Sampaio e Carneiro (2010) alertam para o fato de que o início do uso de álcool e outras drogas geralmente começa dentro do próprio lar, por meio de estímulo dos pais que oferecem essas substâncias aos filhos desde cedo. Outro fator

relevante é a não estruturação do núcleo familiar, a inexistência de papéis e o não estabelecimento de regras e limites.

O indivíduo não nasce naturalmente inserido na sociedade. É o convívio com a família que vai inseri-lo e lhe atribuirá valores. As práticas educativas e os modos de viver de cada família poderão ou não servir como estímulos para que seus filhos busquem o uso das drogas como fonte prazerosa e de fuga (Lehen, 1996).

Outros fatores como atitudes permissivas, o uso dentro do próprio ambiente familiar, falta de controle sobre os filhos tendem a dar continuidade ao uso ou iniciar o consumo de drogas (Seleghin et al, 2011).

Com relação ao tratamento do dependente químico, o apoio de amigos e familiares é essencial para o usuário. Para tanto, faz-se necessário que as famílias se livrem de preconceitos e busquem informações sobre assuntos relacionados à patologia para que, com isso, aprendam a lidar melhor com as articulações que poderão ocorrer por parte do usuário (Souza, Kantorski e Mielke, 2006).

Seleghin et al, (2011) reforça o conceito de que a falta do apoio dos familiares e de uma hierarquia configura um espaço favorável ao uso de substâncias. Outro problema a ser superado refere-se ao imediatismo desejado pelos familiares, resultando na incapacidade de lidar com as frustrações durante o tratamento (Zemel, 2001).

Com o desenvolvimento da dependência, instala-se também a codependência familiar, marcada pela dificuldade dessa família de aceitar e buscar ajuda, tornando-se extremamente dependentes de seu parente usuário, não conseguindo impor regras nem limites, deixando de lado sua própria vida e afazeres, sentindo-se úteis somente frente ao dependente químico. Esse tipo comportamento dificulta o tratamento, apesar de os familiares acreditarem que estão ajudando (Moraes et al, 2009).

Outro ponto levantado por autores como Moreira (2004) e Seadi e Oliveira (2009) está relacionado à ideia de que a adição está a serviço da manutenção da homeostase familiar, encobrendo conflitos arraigados na estrutura familiar. Assim, a melhora do dependente químico pode revelar conflitos com os quais a família não sabe como lidar, o que acaba desequilibrando o sistema.

A terapia familiar sistêmica visa a reorganização do sistema familiar, estabelecer a possibilidade de novos arranjos familiares e a melhora dos padrões de comunicação, dos limites e das fronteiras entre os subsistemas (Payà, 2011).

Os autores Juan Luis Linares e Matteo Selvin (2015), em seu livro “O sofrimento psicológico e o maltrato relacional como fontes de psicopatologia”, defendem a teoria do panorama da terapia familiar sistêmica, cuja psicopatologia é resultado do sofrimento e do maltrato relacional.

É importante ressaltar que mesmo nas estratégias com foco familiar, não se desconsidera a capacidade e os recursos individuais do paciente para mudar a si mesmo. Os estudos destacam que, ao iniciar a terapia familiar, corre-se o risco de incrementar a negatividade e conflitos na família. Sendo assim, o terapeuta precisa encontrar o equilíbrio entre a negatividade e a positividade, não se centrando apenas em problemas, erros, incapacidades e traumas, mas sim valorizando o que há de verdadeiramente bom nas pessoas que compõe aquela família. Porém, os autores ressaltam, ainda, que nem todas as famílias são tratáveis, devido à elevada violência e à incapacidade de autocrítica (Linares e Selvin, 2015, p. 72-73).

A fim de auxiliar a identificação do diagnóstico sistêmico familiar, os autores apresentam algumas dimensões que classificam as famílias. Dentre elas, destaca-se a dimensão do controle, muito utilizada para avaliar as famílias dos toxicodependentes, por serem vistas como deficitárias de controle paterno. Nesse sentido, a consulta familiar deve favorecer a recuperação da paternidade desgastada. Outra dimensão apresentada é a da responsabilização, referente à relação paterno-filial da adultização versus infantilização. Na relação entre o casal, também pode acontecer de que um assuma um papel de mais responsável, competente, ativo, poderoso e líder, e o outro cada vez mais irresponsável, incompetente, passivo, impotente e influenciável. As mulheres codependentes sentem-se como se fossem uma âncora de salvação para uma pessoa com graves dificuldades. Deste modo, os próprios limites, fragilidades e dificuldades podem ser de todo esquecidos na grandeza heroica da atuação salvadora, que logo se degradará em assistencial. Nesse ciclo, disfuncional, o alcoólico se sente e se torna cada vez mais desresponsabilizado, inútil e incapaz (Linares e Selvin, 2015, p. 93).

Em casos assim, o terapeuta deve propor um “estilo mais igualitário, dando a todos a palavra de forma equitativa, travando quem se situa como dominante e estimulando os mais passivos e silenciosos, testando a rigidez do funcionamento familiar” (Linares e Selvin, 2015, p.94).

Em muitas famílias, o álcool é utilizado como principal recurso na mediação de conflitos ou interação social. Do ponto de vista biológico, mães que bebem álcool

excessivamente durante a gravidez podem gerar crianças que já nascem com sintomas de abstinência. Um meio sociocultural que acata a embriaguez com “permissividade” pode servir também de modelo para os futuros hábitos éticos das crianças. Ao perceberem os adultos embriagando-se sem maiores constrangimentos, o infante poderá compreender este comportamento como forma de afirmação social. Nesse sentido, “não se pode pensar a questão do sujeito sem inscrevê-lo numa dupla determinação: social e psíquica” (Gaulejac, 2001, p. 41). Em outras palavras, a compreensão do papel da família neste contexto é imprescindível, o que também não implica dizer que as relações familiares estão isentas da influência dos padrões socioculturais de cada época (Mota, 2008).

2.4 Gênero

Não se pode refletir sobre o cuidado em relação à dependência química sem considerar as questões de gênero. Neste estudo, foram apresentadas anteriormente as particularidades referentes ao uso de drogas entre pessoas do sexo masculino e feminino. Porém, é importante ressaltar que as questões de gênero vão muito além das diferenças anatomo-biológicas entre homens e mulheres.

Joan Scott, na década de 80, elucidou o conceito de gênero, vinculando-o à forma como se constroem socialmente as diferenças sexuais, atribuindo *status* diferentes a homens e mulheres. A autora diferencia o conceito de sexo, que designa apenas a caracterização anátomo-fisiológica das pessoas, de gênero, que se refere à dimensão social da sexualidade humana (Scott, 1990).

As relações de gênero são permeadas por costumes e valores que determinam os papéis que cada um assume, havendo ligação direta com a constituição da subjetividade e, portanto, com a forma de se ver e estar no mundo (Silva, 2015).

Moraes et al (2010) aprofundam o conceito trazendo-o para o âmbito das relações de poder entre pessoas, entre pessoas e instituições e entre instituições. De acordo com os estudiosos, o gênero está na base das relações hierárquicas entre o usuário de drogas e as intervenções profissionais. Um exemplo clássico desta relação seriam algumas práticas terapêuticas que pretendem resgatar uma suposta feminilidade perdida, como cuidado do espaço físico do centro de saúde ou de sua própria aparência física, como um modo de revalorizar práticas de cuidado inerentes às mulheres (Moraes et al, 2010).

Para Silva (2015), a saúde mental apresenta um grande espaço onde é possível, e extremamente necessário, pensar a transversalidade de gênero. Para a autora:

Não é possível pensar a igualdade de gênero numa perspectiva de que todos são iguais e que homens e mulheres não apresentam especificidades próprias de cada universo (construído e constitutivo). Negar a existência destas especificidades, neste caso, constitui-se como mais uma forma de validação destas desigualdades e em sua invisibilização (Silva, 2015, p.25).

A autora complementa, ainda com relação ao uso do álcool, que este pode interferir e trazer prejuízos na execução dos papéis esperados e assumidos pelas mulheres na sociedade, dentre eles o de mãe, filha, esposa e profissional (Silva, 2015).

“A visão da sociedade frente ao alcoolismo feminino é bastante agressiva, a mulher é considerada mais imoral, com comportamento inadequado, sofre com a estigmatização e acaba por procurar tratamento com menos frequência do que os homens” (Silva, 2015, p.34).

Tradicionalmente, o cuidado e a educação dos filhos são funções femininas. Quando a mulher é uma usuária de drogas e negligencia essas atividades, ela passa a ser tachada, pela sociedade, de egoísta e irresponsável para com os seus filhos, constituindo-se numa preocupação social (Oliveira e Paiva, 2007).

Com relação ao uso abusivo do álcool por mulheres, geralmente a família esconde ou nega o fato, evitando que o problema saia do meio familiar devido a estigmas e preconceitos, o que, conseqüentemente, retarda a busca de tratamento para agravos decorrentes do consumo da substância. “Portanto, constitui uma situação de vulnerabilidade para a mulher determinada por construções socioculturais que estabelecem as identidades feminina e masculina” (Oliveira e Paiva, 2007, p.628).

Para Hochgraf e Andrade (2004), nos tratamentos mistos, os interesses masculinos predominam em função do menor número de mulheres. Os grupos de tratamento específicos favorecem a discussão de questões femininas importantes, justificando a

preocupação com a especificidade do tratamento da dependência química em mulheres.

A Sociedade Americana de Medicina da Toxicodependência (ASAM) recomenda que as mulheres grávidas e seus parceiros recebam a prioridade mais alta para a admissão nas faixas de tratamento disponíveis. Os componentes de tratamento incluem (ASAM, 2017):

- Tratamento com agonistas opiáceos para mulheres dependentes de opiáceos ilícitos;
- Tratamento centrado na família, incluindo educação e tratamento de parceiros;
- Avaliação e tratamento de casos de crianças expostas a substâncias;
- Cuidados infantis e transporte;
- Instalações adequadas e apropriadas para as fases de atendimento ambulatorial e contínuo de tratamento;
- Cuidados perinatais sem julgamento e sensíveis a necessidades especiais;
- Facilitação da manutenção da unidade familiar e da unidade mãe-filho;
- Serviços de proteção à infância como medida alternativa quando há ausência de outros capazes de cumprir o papel de pais;
- Relações e consultas interdisciplinares colaborativas entre as clínicas de atenção primária, obstétrica, de medicina da família e de parteira com os provedores de tratamento de dependência;
- Preservação da relação médico-paciente no que diz respeito às leis de confidencialidade;
- Triage, avaliação, planejamento de tratamento e gerenciamento de casos de doença mental coexistente e história pessoal de exposição pré-natal ao álcool, distúrbio do espectro de álcool fetal ou síndrome alcoólica fetal;
- Aconselhamento reprodutivo e contraceptivo, incluindo os efeitos do álcool, nicotina e outras drogas na gravidez e na saúde fetal.

Diante do exposto, é importante destacar, no contexto brasileiro, a atuação histórica do profissional enfermeiro no monitoramento de cuidados às gestantes no nível de atenção primária.

De acordo com Souza, Roecker, Marcon (2011), o papel do enfermeiro abrange desde orientar à gestante e a sua família e proceder à consulta pré-natal, incluindo solicitação de exames e prescrição de medicamentos de acordo com o protocolo, até atividades técnicas e administrativas.

No que se refere à atenção especializada, no caso dos Caps, dada a situação de gestantes dependentes de drogas, é imprescindível o investimento na capacitação dos enfermeiros que atuam nesses serviços, conforme já apontado anteriormente neste estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Saúde Coletiva

De acordo com Soares (2007), a Saúde Coletiva se constitui como um campo de saberes e práticas crítico em relação ao campo da saúde pública, sendo que este está ancorado na perspectiva positivista e suas intervenções, focada na expressão fenomênica do desgaste biopsíquico do sujeito, sem levar em consideração as “ bases hegemônicas da formação social capitalista. Trata-se de um modelo que se tem mostrado insuficiente para dar conta da intervenção sobre o social.

Para a Saúde Coletiva, saúde-doença é entendida como um processo que se relaciona com a estrutura da sociedade, com o homem como ser social e histórico. As ações de saúde são vistas como uma prática tanto social quanto técnica e que sofre influências econômicas, políticas e ideológicas (Paim, 1982).

Para Paim e Almeida Filho (1998), enquanto campo de conhecimento

a saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (Paim, Almeida Filho, 1998, p.309).

No campo político,

a saúde coletiva envolve determinadas práticas que tomam como objeto as necessidades sociais de saúde, como instrumentos de trabalho distintos saberes, disciplinas, tecnologias materiais e não materiais, e como atividades intervenções centradas nos grupos sociais e no ambiente, independentemente do tipo de profissional e

do modelo de institucionalização (Paim, Almeida Filho, 1998, p.309).

Trata-se de uma ciência histórico-social, que concebe os seres humanos (doentes ou não) como “produto de forças sociais mais profundas, ligadas a uma totalidade econômico-social que é preciso conhecer e compreender para explicarem-se adequadamente os fenômenos de saúde e de doença com os quais ela se defronta” (Pereira, 1986, p.30).

Foram os autores Donnangelo (1975), Donnangelo & Pereira (1979) e, posteriormente, Mendes Gonçalves (1992) que introduziram a categoria trabalho para entender o processo saúde-doença e as práticas de saúde em nossa sociedade. Definiram-se, então, “como objeto da prática médica não mais os corpos biológicos, mas os corpos sociais e passou-se a analisar o processo saúde-doença em suas relações com a estrutura econômica, política e ideológica da sociedade”. “Não se trata, tão somente, de indivíduos, mas de sujeitos sociais, de grupos e classes sociais e de relações sociais referidas ao processo saúde-doença” (Pereira, 1986 p.30).

Dessa forma, demarca-se o conceito saúde-doença no campo da Saúde Coletiva com base na determinação social do processo saúde-doença, diferentemente daquele concebido no âmbito da Saúde Pública, relacionado meramente à causalidade (Matumoto, Mishima e Pinto, 2001).

Para Soares (2007), comprovar a pertinência do consumo contemporâneo de drogas como objeto da Saúde Coletiva significa, primeiramente, mostrar que é uma manifestação decorrente do modo como se organizou a produção e a distribuição da riqueza numa dada formação social. Em seguida, colocar os valores sociais como categoria mediadora para compreender os diferentes desfechos.

A autora salienta que dependendo do contexto histórico-cultural, o uso de drogas não significa um processo de desgaste. Porém para a Saúde Coletiva, o que preocupa é a compulsão consumista pela droga, que nada contribui para um uso fortalecedor (Soares, 2007).

3.2 Cuidado

A etimologia da palavra “cuidado” indica que o termo é proveniente do latim *cura* (cura), que em sua forma mais antiga “escreve-se *coera* e é usada, num contexto de relações de amor e amizade, para expressar uma atitude de cuidado, de desvelo, de preocupação e de inquietação pela pessoa amada ou por um objeto de estimação”.

Outra possível origem para "cuidado" seria sua derivação de *cogitare-cogitatus*, que significa "cogitar, pensar, colocar atenção, mostrar interesse, revelar uma atitude de desvelo e de preocupação". Os autores concluem que cuidar é mais que um ato singular; é um modo de ser, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros. É um modo de ser no mundo que funda as relações que se estabelecem com as coisas e as pessoas (Reich, 1995; Boff, 1996).

No setor saúde de âmbito público, ao longo da maturação do projeto SUS, identificaram-se a necessidade de participação e a corresponsabilidade dos usuários. Isso significa que o *como abordar* e o *como cuidar do outro* ganharam importância e relevo na dimensão do *processo*. Essas questões constituem aspectos amplamente discutidos na área da saúde no Brasil por estudiosos como Campos (1998); Donnangelo (1975), Mendes-Gonçalves (1992), Merhy (2007), Merhy et al. (2014), Peduzzi (2001, 2002).

De acordo com Merhy (2004, p.111), "o campo da saúde foi se constituindo, nos últimos séculos, como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, nas quais o modo médico de agir foi se tornando hegemônico".

Para o autor, "é notório, em qualquer tipo de estabelecimento de saúde, que as finalidades dos atos de saúde nem sempre são bem realizadas e do ponto de vista do usuário, o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não é adequado para resolver os seus problemas de saúde" (Merhy, 2004, p.113).

A origem do cuidado teve seu início restrito ao espaço doméstico, privado e particular. Desde a Grécia Antiga, identifica-se que essa atividade vem sendo exercida no interior das famílias, cujo saber prático adquirido era passado de geração a geração, sendo que a gestão do cuidado era uma tarefa essencialmente feminina (Pinheiro, 2008).

No campo da saúde, cuidado "significa tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento, em grande medida fruto de sua fragilidade social, mas com qualidade e resolutividade de seus problemas" (Pereira e Lima, 2008, p.113).

Para os autores, trata-se de uma ação baseada nas "entre-relações" de pessoas, ou seja, ação integral de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que se traduz em: "tratamento digno e respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo". É, ainda, uma dimensão da integralidade em saúde que não deve "se restringir apenas às competências e tarefas técnicas, pois o acolhimento, os

vínculos de intersubjetividade e a escuta dos sujeitos compõem os elementos inerentes à sua constituição” (Pereira e Lima, 2008, p.113).

De acordo com Matias (1995), os cuidados de saúde constituem um bem cujo consumo, por si só, não oferece utilidade. Vale ressaltar que esse cuidado se faz com o objetivo de restabelecer um estado de saúde perdido ou debilitado. “Assim sendo, estaremos na presença de um bem sem utilidade intrínseca, e cujo consumo estará sempre relacionado com um estado de necessidade por parte do agente da procura, ou seja, o doente” (Matias, 1995, p.4).

O trabalho de cuidado como atividade profissional encontra-se em plena expansão no mundo. Trata-se de um fato com tendência ao crescimento, tendo em vista a influência do fenômeno do envelhecimento populacional, associado à longevidade dos indivíduos (Hirata, 2012).

De acordo com Soares (2012, p.45), para cuidar, o trabalhador deve “colocar em prática inúmeras qualificações, que permanecem invisíveis, pouco valorizadas e privadas de reconhecimento social”. Entretanto, se essas qualificações não são acionadas “sua ausência é sentida e o trabalho de cuidar perde seu sentido, sua alma e sua humanidade”.

O autor (Ibidem, p. 45) amplia a discussão ao afirmar que o cuidado trata de relações perpassadas por assimetrias socialmente estabelecidas de gênero, idade, classe social, raça e etnia que implicam um exercício de poder e exigem qualificações específicas. O estudioso ressalta, ainda, as diversas dimensões do cuidado, uma vez que assumir o cuidado de uma criança, de um idoso ou de uma pessoa com necessidades especiais não são tarefas idênticas.

Dentre as dimensões consideradas, destacam-se a dimensão física, que abrange o trabalho corporal, e a dimensão cognitiva. Ambas estão presentes também no trabalho industrial, porém são mais facilmente identificadas e reconhecidas no trabalho de cuidar. Essas duas dimensões são, no entanto, insuficientes para o entendimento pleno do trabalho do cuidar, razão pela qual o autor apresenta, ainda, outras três dimensões, a saber: a *sexual*, a *relacional* e a *emocional*. A *dimensão sexual* é aquela relacionada à utilização do corpo da trabalhadora, para a qual o contato corpo a corpo é muito presente, fazendo com que essa dimensão lhe imponha constrangimentos inexistentes no universo industrial. A *dimensão relacional*, também teorizada por Merhy (1994), exige determinadas qualificações sociais, tais como a capacidade de evitar um embaraço, para si e para outro, a diplomacia, o equilíbrio, a

escuta, o controle emocional, a perseverança e a tolerância. Dentre as dimensões mencionadas, Soares (2012) destaca a *dimensão emocional*, uma vez que não existe relação humana sem emoção. Para o autor, a emoção define-se como manifestações internas que geram uma reação corporal exterior como palidez, enrubescimento ou aceleração dos batimentos cardíacos. De acordo com o estudioso, o trabalho é palco da re(produção) de diferentes emoções. As emoções são construídas de modo social, enraizadas no corpo, mediadas por normas culturais, valores, convicções, crenças e estereótipos que existem nas sociedades (Soares, 2012).

Ainda na esfera emocional, o amor e o envolvimento são dois componentes vistos pelo autor como inevitáveis, essenciais e positivos na relação entre quem cuida e quem é cuidado, independentemente se o trabalho de cuidar é realizado no âmbito de uma organização, mediante pagamento, escapando à mercantilização (Soares, 2012).

Outra característica que marca o momento crucial do cuidado está relacionada à confiança que é construída pela comunicação, visto que “conquistar a confiança de quem está sendo cuidado e da família exige uma constância de carga de trabalho emocional” (Soares, 2012, p.56).

Tendo em vista as contribuições dos diferentes estudiosos acerca da concepção de *cuidado*, podemos compreender que, na prática diária de trabalho, as gestantes estão sendo *atendidas*, mas, dificilmente, estão sendo efetivamente *cuidadas*. Sem que haja vínculo, escuta qualificada, confiança mútua, conhecimento da dinâmica familiar e social, e sem que se considerem os fatores que a levaram à dependência, não ocorrerá a transformação esperada na paciente em relação ao uso de substâncias. É fundamental salientar que a produção do cuidado não se restringe à competência técnica que, embora necessária, é uma tecnologia morta e incapaz de gerar a mudança esperada no comportamento das gestantes que buscam o tratamento.

3.3. Produção do cuidado

Os pesquisadores Bernardes, Pelliccioli e Guareschi (2010) tiveram por objetivo analisar o conceito de produção de saúde, no campo da Saúde Coletiva. Para esses estudiosos, a produção de saúde:

É aquilo que modifica necessariamente a forma como trabalhamos na saúde. É uma das linhas que nos permite ampliar e modificar o trabalho na saúde na medida em que não se trata apenas de

tratamento, reabilitação e prevenção, mas de produção de possibilidades de vida (Bernardes, Pelliccioli e Guareschi, 2010, p.11).

Os autores definem possibilidade de vida, ou potência de vida (termo de origem filosófica), como a noção de que a vida é um permanente reinventar-se: “existe algo em nós capaz de sempre criar novas formas de se agregar, de criar sentidos, de inventar dispositivos de valorização e autovalorização” (Bernardes, Pelliccioli e Guareschi, 2010, p.11). “Potência de vida e produção de saúde implicam uma relação entre afeto/afecção, potência de agir, variação das formas de existir. Isso é o que justamente escapa no campo da saúde” (Bernardes, Pelliccioli e Guareschi, 2010, p.11).

Já o termo produção do cuidado aparece nas formulações de pesquisadores como Merhy (2004), Feuerwerker (2014), Franco e Koifmam (2010), Assis et al, (2010) sempre no sentido de relacionar o cuidado no âmbito de trabalho em serviços de saúde. Por exemplo, segundo Franco e Koifmam (2010), é no encontro entre trabalhadores-usuários e trabalhadores-trabalhadores, que se dá o lugar da produção do cuidado... porque permite a troca de saberes cognitivos e afetivos/subjetivos... “Temos, portanto, uma forma de se pensar a integralidade no cuidado, pois todos os atores buscam atender e terem atendidas as necessidades de saúde” Franco e Koifmam (2010, p.678).

Para Gonzáles e Melo (2014),

a produção é o resultado da atividade de transformação da natureza por meio de instrumentos, como as ferramentas e a própria consciência humana. Na produção material interferem vários homens. Daí que a produção sempre será uma produção social, não uma produção individual. Na produção da própria matéria, o ser humano se produz como humano. Não podemos pensar a produção como algo estático dentro da sociedade humana, mas a produção é algo dinâmico porque está em constante transformação por meio da própria atividade humana e por meio do uso de instrumentos mediadores (Gonzáles e Melo, 2014, p.24).

No espectro da produção, é fundamental reconhecer que o homem necessita de instrumentos e artefatos para a mediação com o meio. Sem eles, não se estabelece uma relação objetivada. Por isso, o consumo das habilidades do indivíduo e o meio de

produção fazem parte desse processo. De maneira análoga, o consumo é também a produção dos próprios seres humanos (Engeström, 2010).

Merhy (1997) contribui significativamente para a discussão a respeito do cuidado relacional, pautado no trabalho vivo em saúde em ato, entendido como o trabalho em ação, aquele que está em processo de construção e que acontece na dinâmica relacional, no momento do trabalho em si, com base no encontro entre os sujeitos envolvidos nesta relação. Este trabalho agrega a intersubjetividade em todo o seu desenvolvimento (Merhy, 1997_b).

O autor afirma, ainda, que o trabalho vivo dá às práticas de saúde o atributo da liberdade, a possibilidade de os sujeitos em ato exercerem, no limite, a sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde (Merhy, 1997_b).

Para o estudioso, acolhimento e vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde, sendo que o conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, e que estes são considerados como capazes de intervir nos ‘problema de saúde’, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de um resultado: a satisfação de uma necessidade/direito do usuário final (Merhy, 1997_a).

Um dos principais desafios nos processos de gerenciamento de cuidado em saúde é justamente buscar a combinação entre a eficiência das ações e a produção de resultados centrados nos usuários, ou seja, procurar a produção do melhor cuidado em saúde que resulte em cura, promoção e proteção da saúde individual e coletiva (Merhy, 1994).

Para Merhy (2004, p.108), “nos serviços de saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são, de fato, os objetivos que se quer atingir”.

Assis et al (2010) associam a linha de produção do cuidado à ideia de um fazer integral, corresponsável e resolutivo. O vínculo é citado como o eixo norteador da produção do cuidado.

Dessa perspectiva, a produção de subjetividade constitui a matéria-prima de toda a produção de cuidado em saúde. Essa subjetividade é modelada no registro do social e assumida e vivida por indivíduos em suas existências particulares. Diferentes estudos alertam para a necessidade de ampliação dos laços relacionais, desenvolvendo afetos e potencializando o processo terapêutico [Guattari e Rolnik (1996), Santos (2007), Zoboli, Fracolli e Chiesa, (2013)].

Com base nos autores apresentados, salienta-se que para a produção de cuidado é fundamental a relação entre o sujeito profissional e o usuário paciente de forma interativa, considerando a emergência da subjetividade dos indivíduos como base dessa relação de encontro.

O trabalho vivo em ato institui as ações de acolhimento, de escuta, de vínculo e de reciprocidade entre as pessoas, promovendo de fato as dimensões relacionais e emocionais, cujos teores qualificam sobremaneira o sucesso da produção de cuidado. A partir do exposto, é possível afirmar que a produção do cuidado como um trabalho tem por objeto fazer acontecer o processo de transformação do paciente, do usuário ou da família. O trabalho em saúde é fazer acontecer no outro, o resultado estará sempre no outro.

4. OBJETIVOS

4. OBJETIVO

4.1 Objetivo geral

Elaborar uma síntese de conhecimento sobre as estratégias de cuidados com as gestantes dependentes de drogas lícitas e ilícitas nos serviços de saúde.

4.2 Objetivos específicos

Caracterizar os estudos selecionados com o foco na modalidade de intervenção e as estratégias de cuidados adotadas às gestantes;

Analisar a produção dos cuidados as gestantes dependentes de drogas, tendo como base os estudos selecionados.

5. METODOLOGIA

5. METODOLOGIA

O presente trabalho se caracteriza como um estudo de revisão do tipo *Scoping Review*, baseado nas normas do Instituto Joanna Briggs (JBI) (2015).

De acordo com o JBI (2015), o *Scoping Review* pode ser utilizado para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, bem como para clarificar as definições e os limites conceituais de um determinado tópico. Este tipo de estudo pode, ainda, ser realizado como um exercício preliminar à realização de uma revisão sistemática.

A revisão sistemática, comparada à revisão comum da literatura científica, segue um método rigoroso de busca e seleção de estudos, com avaliação da relevância e da validade das pesquisas encontradas, além de coleta, síntese e interpretação dos dados oriundos das investigações (Galvão, Sawada, Trevizan, 2004).

Arksey e O'Malley (2005) assinalam diferenças entre uma revisão sistemática e um *scoping review*. Segundo os autores, a revisão sistemática, por um lado, está focada em uma questão bem definida, cujos desenhos de estudos podem ser identificados com antecedência. Ademais, visa fornecer respostas a perguntas de um âmbito relativamente estreito, referentes a estudos com qualidade avaliada. Por outro lado, um *scoping review* tende a tratar de temas mais amplos, possibilitando a incorporação de estudos de desenhos diferentes. É menos provável a procura por questões de pesquisa muito específicas, e é mais rara a avaliação da qualidade dos estudos incluídos.

O *scoping review* é definido como o processo de mapeamento rápido dos conceitos-chave que sustentam uma determinada área de investigação e das principais fontes e tipos de conhecimentos disponíveis sobre ela, podendo ser realizado como um projeto autônomo em seu próprio direito, especialmente quando uma área é complexa ou quando não tiver sido totalmente abrangida anteriormente. O referido mapeamento diz respeito a um processo de sumarização que permite chegar a uma evidência que transmita conhecimento amplo e profundo em determinado campo do saber (Levac, Colquhoun, O'Brien, 2010).

De acordo com Virkkunen e Newnham (2015), o conceito pode ser entendido como um mediador da natureza intelectual do pensar e do agir humano. É uma forma de organizar o conjunto de operação para lidar com um objeto ou uma situação.

Nesse sentido, elaborar um conceito do que é produzir cuidado com gestantes permite apreender as ferramentas para mediar e atingir o cuidado. Esse cuidado pressupõe uma diversidade de situações, que subentende o domínio de diversas ferramentas.

Segundo Arksey e O'Malley (2005) é possível identificar pelo menos quatro razões comuns que justificam a utilização de um *scoping review*:

1. Para examinar a extensão, o percurso e a natureza da investigação: embora não descreva os resultados da investigação em detalhe, esse tipo de revisão rápida é uma forma útil de mapeamento de campos de estudo nos quais é difícil visualizar a totalidade de materiais disponíveis.
2. Para determinar o valor do trabalho de uma revisão sistemática completa: nesses casos, um mapeamento preliminar da literatura pode ser realizado para identificar, ou não, se uma revisão sistemática completa é possível (existe alguma literatura?) ou relevante (que revisões sistemáticas já foram realizadas?) e os custos potenciais da condução de uma revisão sistemática completa.
3. Para resumir e divulgar os resultados de pesquisas: esse tipo de *scoping review* pode descrever em mais detalhes os resultados e percursos da pesquisa em áreas específicas de estudo, fornecendo, assim, um mecanismo de síntese e divulgação dos resultados da pesquisa a políticos, profissionais e consumidores, para os quais a falta de tempo ou de outra forma de recurso impossibilitariam acessar os resultados de outra maneira.
4. Para identificar as lacunas da investigação na literatura existente: esse tipo de *scoping review* faz do processo de divulgação um passo a mais para se obter conclusões sobre a literatura existente, considerando especialmente o estado de atividade da investigação em determinado campo. Especificamente, é designado a identificar, em bases de dados, a existência e/ou a ausência (lacuna) de pesquisas em uma dada temática. Ademais, o estudo também pode resumir e divulgar os resultados de trabalhos específicos, bem como identificar a relevância da revisão sistemática completa em certas áreas de investigação. No entanto, é importante notar que a identificação de lacunas na literatura por meio de um *scoping review* não necessariamente evidenciará os problemas de investigação de uma pesquisa ou a sua

qualidade, ainda porque a avaliação da qualidade dos estudos não faz parte dos objetivos desse método (Arksey e O'Malley, 2005).

Destacam-se os itens 1 e 4 que justificam a escolha desta metodologia para o presente estudo.

5.1 Etapas da Pesquisa

Conforme as etapas previstas em um *scoping review*, seguiram-se os seguintes passos: (i) identificar a questão norteadora da pesquisa; (ii) identificar os estudos relevantes; (iii) selecionar os estudos; (iv) mapear os dados; e (v) confrontar, resumir e relatar os resultados (Arksey e O'Malley, 2005).

O presente estudo iniciou-se com o desenvolvimento de um protocolo com critérios de inclusão e critérios de exclusão que se reportaram para os objetivos e questão de revisão. Utilizaram-se os mnemônicos "PCC" (População, Conceito e Contexto) (JBI, 2015), nos quais considerou-se:

População: Gestantes dependentes de drogas.

Conceito: Produção de cuidado.

Contexto: Serviços de Saúde.

Conforme o protocolo JBI, foi solicitada a revisão dos estudos escolhidos através do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem em Adições: Álcool e outras drogas (NEPEAA) e por meio de uma juíza externa, levando em consideração o número de trabalhos selecionados. Os juízes leram e sinalizaram quanto à relevância e à concordância dos textos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, conforme carta convite no apêndice A.

5.2 Localização e seleção dos estudos

Os resultados foram obtidos mediante consulta ao Portal Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), bem como a partir de pesquisas nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Base de dados de Enfermagem (BEDENF), National Center for Biotechnology Information National Institutes of Health (PUBMED), Web of Science (WOS) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL).

Utilizou-se o Operador Booleano AND por ser uma importante ferramenta de busca bibliográfica, permitindo o refinamento da pesquisa ao identificar referências

que contivessem, necessariamente, todos os termos pesquisados (Azevedo, 2011). Durante toda a busca, foi utilizado o filtro “Texto completo disponível”.

Os idiomas utilizados durante as pesquisas no Portal BVS foram o português, o inglês e o espanhol, uma vez que este portal abrange bases de dados da América Latina, a exemplo da LILACS. Nos demais sítios de pesquisa, realizaram-se as buscas somente com termos em inglês, dadas as suas especificidades.

No Portal BVS, foram utilizados os seguintes descritores em Inglês: Pregnant women AND Street drugs AND Standard of Care, Pregnant women OR Pregnancy AND Street drugs OR Substance Abuse AND Standard of Care, Pregnant women AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers, Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers, Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers AND Women’s Health Services, Pregnant women OR Pregnancy AND Substance related disorder OR Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers AND Standard of Care, Pregnant women OR Pregnancy AND Street drugs AND Standard of Care AND Mental Health, Ambulatory care AND Pregnant women AND abuse substance OR street drugs.

Os descritores em Português foram os seguintes: Drogas ilícitas AND Gestantes OR Gravidez AND Padrão de Cuidado, Gestantes OR Gravidez AND Drogas ilícitas AND Saúde mental AND Tratamento, Gestantes OR Gravidez AND Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias OR Padrão de Cuidado AND Drogas ilícitas, Drogas ilícitas AND Gestantes OR Gravidez AND cuidado ambulatorial.

Ainda no Portal BVS, os descritores e palavras-chave em inglês combinados foram os seguintes: Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Care OR Treatment, Pregnant women AND Substance related disorder AND Illicit Drugs OR Street Drugs AND Care OR Treatment.

Os descritores em Espanhol foram: Mujeres Embarazadas AND Drogas Ilícitas AND Nivel de Atención, Mujeres Embarazadas AND Centros de Tratamiento de Abuso de Substancias OR Nivel de Atención AND Drogas Ilícitas.

No Portal Pubmed, foram utilizados os termos do Medical Subject Headings (MeSH) e, a partir de buscas com palavras-chave e/ou descritores, foi possível consultar os termos mais apropriados para este Portal, além de oferecer definições e sinônimos, otimizando o método de pesquisa, conforme apresentado a seguir: Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND

Health Care Quality, Access, and Evaluation, Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Health Care Quality, Access, and Evaluation OR Substance Abuse Treatment Centers AND Health Services, Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Health Care Quality, Access, and Evaluation OR Substance Abuse Treatment Centers AND Health Services AND Ambulatory care.

No portal do WEB OF SCIENCE, foram utilizados os seguintes descritores e palavras-chave: Tópico: (treatment) OR Tópico: (care)) AND Tópico: (drugs) OR Tópico: (drug)) AND (Pregnant)), Tópico: (drug) OR Tópico: (street drugs) AND Tópico: (care) OR Tópico: treatment AND Tópico: (substance abuse) AND Tópico: (pregnant), Tópico: (treatment) OR Tópico: (care) OR Tópico: (ambulatory care) AND Tópico: (street drugs) AND (Pregnant).

Na base de dados CINAHL, foram utilizadas as seguintes palavras-chave: ("CARE") AND (MH "Street Drugs") AND (MH "Multidisciplinary Care Team") AND (MH "Expectant Mothers")

A seguir, apresenta-se a Tabela 1 contendo o resumo das palavras-chaves e descritores nas suas respectivas bases de dados.

Tabela 1. Resumo dos Descritores controlados e não controlados por bases de dados, selecionados para a busca dos estudos. São Paulo, 2017.

Base de Dados	Descritores Controlados	Descritores não controlados
LILACS MEDLINE BEDENF PUBMED WEB OF SCIENCE CINAHL	Pregnant	Pregnancy [Mesh] OR Pregnant Women [Mesh]/ Expectant Mothers [Cinahl]
	Street Drugs	Drugs OR Drug/Ilicit drugs
	Standard of Care	Care
	Substance abuse treatment centers	Treatment
	Substance-Related Disorders	Substance Abuse [Mesh]
	Mental Health	Mental Health Services [Mesh]
	Women's Health Services	
	Ambulatory Care	Health Services [Mesh], Health Care Quality, Access, and Evaluation [Mesh], Multidisciplinary Care Team [Cinahl]
LILACS MEDLINE	Gestantes /Mujeres Embarazadas	
	Drogas Ilícitas	
	Patrón de Cuidado/ Nivel de Atención	
	Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias/ Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias	

BEDENF	Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias
	Saúde Mental/Salud Mental
	Assistência Ambulatorial/Atención Ambulatorial

O período de busca de títulos e registros nas bases de dados iniciou-se no mês de dezembro de 2016 e finalizou-se em janeiro de 2017.

Os critérios de inclusão foram: **a.** Período: a pesquisa se limitou a estudos a partir do ano de 1990, período marcado pelo arranjo institucional por parte do Estado para a provisão dos serviços de saúde, após a implantação do SUS. **b.** Idiomas: inglês, português e espanhol. **c.** Disponibilidade: estudos completos. **d.** Temática: gestantes dependentes de drogas.

Os critérios de exclusão, previamente determinados para o presente estudo, foram:

- Repetição do artigo em mais de uma base de dados;
- Estudos não disponíveis online;
- Estudos com mulheres não gestantes;
- Gestantes encarceradas em sistema prisional;
- Gestantes Internadas/hospitalizadas;
- Gestantes com HIV;
- Estudos que abordam abuso e dependência de medicamentos psicotrópicos lícitos;
- Perfil de gestantes com outros transtornos mentais;
- Estudos de triagem e levantamento de perfil populacional das usuárias de drogas;
- Estudos voltados a identificar a percepção das gestantes diante do uso das substâncias;
- Estudos focados nos malefícios e consequências do uso de substâncias para o feto ou recém-nascido;
- Revisões bibliográficas;
- Estudos focados em violência associada ao uso de substâncias;
- Estudos de análise e detecção de uso de substâncias através de amostras de urina ou cabelo;
- Estudos de abordagem coercitiva para o tratamento.

A partir da leitura de títulos e resumos, os registros foram sendo selecionados de acordo com a proximidade com o tema e a possibilidade de resposta à questão norteadora da pesquisa. Os estudos selecionados foram lidos na íntegra (Tabela 2).

Livros e outras fontes não foram considerados na seleção dos estudos, mas foram consultados e incorporados à discussão dos resultados.

5.3 Fluxo de inclusão e exclusão dos registros

Tabela 2. Registros incluídos e excluídos de acordo com as respectivas bases de dados. São Paulo, 2017.

Base de Dados	Descritores Controlados	Palavras-Chave	Registros Incluídos	Registros Excluídos	Total
WEB OF SCIENCE	Standard of care/pregnant	Care/treatment/ drugs/ drug/abuse substance	26	26	0
CINAHL	Standard of Care/ Street Drugs	Multidisciplinary Care Team/ Expectant Mothers	65	65	0
PUBMED	Street drugs/ Ambulatory care/Substance Abuse Treatment Centers/	Pregnancy/Pregnant Women / Substance Abuse/Mental Health Services/Health Care Quality, Access, and Evaluation/	645	636	9
LILACS MEDLINE BEDENF	Standard of care/pregnant/Substance Abuse Treatment Centers/Substance related disorder/ Street Drugs/ Substance Abuse Treatment Centers, Mental Health/ Ambulatory care	Treatment/Illicit drugs	203	203	0
TOTAL			939	930	9

6. RESULTADOS

6. RESULTADOS

Tendo em vista os objetivos deste estudo, os resultados das pesquisas analisadas foram organizados para salientar as modalidades de intervenção e ferramentas adotadas no processo de cuidados às gestantes dependentes de drogas.

Todos os artigos selecionados para o presente estudo foram extraídos na base de dados PUBMED. Dentre eles, 88,8% foram realizados no campo da medicina, 22,2% contaram com a participação da enfermagem e apenas um estudo, representado 11,1%, foi realizado por um profissional da área da nutrição (Tabela 3).

Os estudos selecionados foram publicados no período de 2007 e 2015, envolvendo pesquisadores de diferentes universidades americanas. Esse resultado, em parte, revela uma preocupação atual com o tema, provavelmente decorrente do “crescimento do número de mulheres consumidoras de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas” (Souza et al, 2014). Os Estados Unidos se destacou na publicação de artigos referente ao tema de cuidado com gestantes dependentes de drogas.

Tabela 3. Caracterização dos estudos segundo a base de dados, título do estudo, periódico, autoria, área do conhecimento. São Paulo, 2017.

Artigo	Base de Dados	Título do Estudo	Periódico	Autoria	Área do Conhec./ Profissional atuante
1	PUBMED	A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: eight-year outcomes of a social business intervention	J. Subst. Abuse Treat.	Will M Aklin, Conrad J. Wong, Jacqueline Hampton, Dace S. Svikis, Maxine L. Stitzer, George E. Bigelow, Kenneth Silverman	Medicina/Psiquiatria e Ciências Comportamentais
2	PUBMED	Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone maintained women: results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial	Addiction	Michelle Tuten, Heather Fitzsimons, Margaret S. Chisolm, Paul A. Nuzzo, Hendree E. Jones	Medicina/Psiquiatria
3	PUBMED	Motivation enhancement therapy with pregnant substance-abusing women: Does baseline motivation moderate efficacy?	Drug Alcohol Depend.	Steven J. Ondersma, Theresa Winhusen, Sarah J. Erickson, Susan M. Stine, Yun Wang	Medicina/Psiquiatria
4	PUBMED	Incentives for retention of pregnant substance users: a secondary analysis	J. Subst. Abuse Treat.	Gregory Brigham, Theresa Winhusen, Daniel Lewis, Frankie Kropp.	Medicina
5	PUBMED	Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users	J. Subst. Abuse Treat.	Theresa Winhusen, Frankie Kropp, Dean Babcock, Diane Hague, Sarah J. Erickson, Connie Renz, Leela Rau, Daniel Lewis, Jeff Leimberger, Eugene Somoza	Medicina/Enfermagem
6	PUBMED	Using drink size to talk about drinking during pregnancy: a randomized clinical trial of early start plus	Soc Work Health Care	Mary Anne Armstrong, Lee Ann Kaskutas, Jane Witbrodt, Cosette J. Taillac, Yun-Yi Hung, Veronica M. Osejo, Gabriel J. Escobar	Medicina
7	PUBMED	Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users	J Psychoactive Drugs	Frankie Kropp, Theresa Winhusen, Daniel Lewis, Diane Hague, Eugene Somoza,	Medicina/Psiquiatria
8	PUBMED	Brief Intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial	Obstet Gynecol.	Grace Chang, Tay K. McNamara, E. John Orav, Danielle Koby, Alyson Lavigne, Barbara Ludman, Nori Ann Vincitorio, Louise Wilkins-Haug	Medicina/Enfermagem
9	PUBMED	Brief Intervention for alcohol use by pregnant women	American Journal of Public Health	Mary J. O'Connor, Shannon E. Whaley	Nutrição

Predominaram estudos metodológicos do tipo ensaio clínico controlado randomizado (100%) (Tabela 4). Esse método é de caráter experimental e prospectivo e visa comparar o efeito e o valor de uma intervenção na qual o investigador organiza o grupo controle e o de intervenção de forma aleatória por meio da técnica da randomização (Escosteguy, 1999).

Com relação ao perfil das gestantes, constatou-se estarem na faixa etária entre 18 e 50 anos. Participaram dos estudos gestantes ou mulheres puérperas. Quanto ao estado civil, metade das gestantes eram solteiras e apenas 18,75% eram casadas. Apenas um estudo envolveu o parceiro no acompanhamento terapêutico. No que se refere às condições socioeconômicas, 50% das mulheres tinham condição social de baixa renda ou estavam desempregadas. As substâncias envolvidas nos estudos foram: metanfetamina, maconha, cocaína, opiáceos, álcool, tabaco e heroína (Tabela 4).

É interessante observar que todos os projetos foram desenvolvidos em centros ou clínicas de tratamento especializados para mulheres e gestantes (Tabela 4).

Tabela 4. Caracterização dos estudos segundo metodologia, número e tipo de participantes, substâncias envolvidas, faixa etária predominante, estado civil, renda/classe social e local do estudo. São Paulo, 2017.

Artigo	Metodologia	N. de partic.	Tipo partic.	Substâncias Envolvidas	Idade média	Estado Civil	Renda/Classe Social	Local/ Procedência
1	Ensaio Clínico Randomizado	40	Gestante/ Puérpera	Opiáceos e cocaína	18-50 anos	****	Desempregadas	Centro de Dependência e Gravidez - Centro Médico Johns Hopikins Bayview
2	Ensaio Clínico Randomizado	102	Gestante	Tabaco	30 anos	Solteira	Desempregadas	Centro de Dependência e Gravidez - Centro Médico Johns Hopikins Bayview
3	Ensaio Clínico Randomizado	200	Gestante	Metanfetamina, Maconha, Cocaína, Opiáceos, Álcool, Tabaco Benzod. ou outras drogas	26	Solteira	Desempregadas	4 centros comunitários de tratamento de abuso de substâncias para mulheres
4	Ensaio Clínico Randomizado	200	Gestante	Metanfetamina, Maconha, Cocaína, Opiáceos, Álcool, Tabaco Benzod. ou outras drogas	26	Solteira	Desempregadas	4 centros comunitários de tratamento de abuso de substâncias para mulheres
5	Ensaio Clínico Randomizado	200	Gestante	***	26	Solteira	Desempregadas	4 centros comunitários de tratamento de abuso de substâncias para mulheres
6	Ensaio Clínico Randomizado	1001	Gestante	Álcool	21	Solteira	Baixa renda	15 Clínicas Obstétricas
7	Ensaio Clínico Randomizado	200	Gestante	Metanfetamina, Maconha, Cocaína, Opiáceos, Álcool, Tabaco Benzod. ou outras drogas	26	Solteira	Desempregadas	4 centros comunitários de tratamento de abuso de substâncias para mulheres
8	Ensaio Clínico Randomizado	304	Gestantes e seus parceiros	Álcool	31,4	Casada	Renda mediana	Clínica do Hospital Brigham and women
9	Ensaio Clínico Randomizado	255	Gestante/ Puérpera	Álcool	27 a 28	Casada	***	12 Centros da Fundação de Saúde Pública: Programa de Nutrição Suplementar Especial para Mulheres, Bebês e Crianças

6.1 Ferramentas de cuidados e intervenções

Foram identificadas as seguintes ferramentas de cuidado, conforma Tabela 5.

A) Local de trabalho terapêutico

Somente um estudo operacionalizou a proposta de um local de trabalho terapêutico projetado para tratar gestantes de baixa renda dependentes de drogas. As 40 participantes foram contratadas e pagas como num trabalho típico. No entanto, para continuar a trabalhar e receber a remuneração máxima, as participantes tinham de fornecer provas, por meio de exames de urina, quanto à abstinência. A pesquisa foi dividida em duas fases. Na primeira, realizou-se um treinamento intensivo para o desenvolvimento de habilidades de trabalho. Na segunda, as mulheres participantes foram contratadas por uma empresa de serviços para executar o trabalho de entrada de dados em computadores. As gestantes do grupo controle e do grupo de trabalho terapêutico foram inicialmente matriculadas no estudo por um período de seis meses e foram repetidamente reinscritas no programa em blocos de seis meses por oito anos. As participantes recebiam vales passíveis de troca por bens e serviços com base em sua frequência, seu desempenho e seu comportamento profissional durante os turnos de três horas de trabalho. Inicialmente, elas recebiam o valor de US\$ 7,00 por dia e US\$0.50 de o aumento por cada dia de sucesso consecutivo, a um máximo de US\$ 27,00 por dia (Aklin et al, 2014).

Os pesquisadores concluíram, após oito anos de estudo, que o trabalho terapêutico contribuiu para a manutenção a longo prazo da abstinência das participantes que apresentaram mais resultados de urina negativa para cocaína e opiáceos, em comparação com as participantes do grupo controle (Aklin et al, 2014).

B) Intervenção breve

Do levantamento realizado, três estudos (23%) apontaram a Intervenção Breve como estratégia de cuidado. Dentre esses estudos, um comparou duas intervenções: uma denominada *Early Start* (ES), integrada com atenção pré-natal focada em abstenção (n = 298), e outra nomeada *Early Start Plus*, (ESP), para a qual foi adicionado um computador como ferramenta de avaliação de quantidade de bebida, tendo como foco a diminuição do consumo de álcool (n = 266). O grupo controle estava formado por usuários de álcool não tratados (n = 344) e apresentou maiores taxas de desfechos neonatal e materno adversos. Conclui-se, nessa pesquisa, que não

houve diferença significativa entre ES e ESP. Porém, o ESP forneceu aos clínicos uma ferramenta de avaliação inovadora que permitiu um diálogo aberto sobre o consumo do álcool durante a gravidez (Armstrong et al, 2009).

O segundo estudo aplicou a intervenção breve a 304 gestantes e seus parceiros, de acordo com a seguinte estrutura: 1) avaliação do conhecimento com feedback, 2) contratação e definição de metas, 3) modificação comportamental e 4) resumo. A intervenção breve de uma única sessão foi selecionada devido à sua eficiência e histórico anterior de sucesso, mas foi aprimorada do referido estudo com a inclusão do parceiro (Chang et al, 2005).

Os resultados revelaram que a intervenção breve mostrou-se mais eficaz na redução da frequência de consumo de álcool entre as mulheres que bebiam em maior quantidade no momento da inserção no estudo. Ademais, viu-se que os efeitos dessa estratégia de cuidado são significativamente aprimorados quando um parceiro de apoio de escolha da mulher também participa da intervenção breve. (Chang et al, 2005).

O último estudo contou com a participação de 255 gestantes que receberam a intervenção breve através de sessões de 10 a 15 minutos de aconselhamento por uma nutricionista, que usou um manual de roteiro para orientar a intervenção. Identificou-se que as mulheres na condição de intervenção breve foram cinco vezes mais propensas a reportar abstinência após a intervenção em comparação com as mulheres na condição de avaliação. Os recém-nascidos, cujas mães receberam intervenção breve, apresentaram pesos de nascimento e medidas mais elevados e as taxas de mortalidade fetal foram três vezes menores (0,9%) em comparação com os recém-nascidos na condição de avaliação (2,9%) (Connor e Whaley, 2007).

C) Intervenção motivacional breve aprimorada (IMB)

Os quatro estudos identificados com esta estratégia contaram com 200 mulheres no total, dentre as quais 81% completaram a fase ativa de 1 mês de tratamento. As participantes atenderam, em média, a 62% do tratamento programado (Winhusen et al, 2008).

Nesses estudos, iniciou-se a primeira sessão com perguntas abertas, incluindo a discussão sobre os sentimentos das mulheres em relação a sua gravidez e uma escuta reflexiva, afirmando e resumindo o que a participante revelava. Além disso, foram explorados os prós e os contras do uso de substâncias, considerando possíveis

efeitos adversos sobre o feto percebidos pela participante. A segunda sessão foi dedicada ao exame do relatório *feedback*, pessoal individualizado, a respeito das consequências do uso de substâncias, tanto para a participante quanto para o seu processo gestacional. Levou-se em consideração o grau de engajamento em que ela estava envolvida em atividades para promover uma gravidez saudável. A terceira sessão foi dedicada ao desenvolvimento do plano de mudança para as participantes que expressaram prontidão e fortalecimento do compromisso. A primeira sessão teve aproximadamente uma hora e meia ou duas horas de duração, enquanto as outras duas sessões desenvolveram-se em um período de uma hora (Winhusen et al, 2008; Ondersma et al, 2009; Kropp, et al 2010; Brigham, 2010).

Um estudo associou esta ferramenta ao uso de incentivos financeiros e concluiu que as gestantes demonstraram maior adesão ao tratamento com o auxílio pecuniário. Sem o incentivo financeiro, no entanto, o tratamento não se mostrou mais eficaz que a terapia usual (Tabela 6) (Brigham et al, 2010).

D) Incentivos de Contingência (Prêmios Financeiros)

Nesse estudo, desenvolvido com 102 mulheres, os incentivos poderiam ser recebidos semanalmente, condicionado o pagamento ao alcance das metas de redução e abstinência relacionadas ao tabaco, esquematizadas da seguinte forma: semana 1: qualquer redução; semanas 2-4: redução de 10%; semanas 5-7: redução de 25%; semanas 8-9: redução de 50%; semana de 10 a 11: 75% de redução; devendo-se chegar até a semana 12 à abstinência (CO < 4 ppm). As participantes tiveram a oportunidade de ganhar um voucher de US \$ 7,50 para o primeiro alvo de redução do tabagismo, aumentando o valor do vale em US \$ 1/dia para cada alvo consecutivo durante todo o período de 12 semanas, chegando a um incentivo máximo de US \$ 41,50 (Tuten et al, 2012).

Os resultados revelaram que 48% das participantes do grupo de Incentivo de Contingência (CBI) cumpriram o objetivo de redução de 75% e 31% cumpriram o objetivo de abstinência (nicotina <4ppm) na semana 12. Apenas 2% dos participantes do grupo de tratamento usual (TAU) atingiram a redução de 75% e nenhuma das mulheres chegou à abstinência alvo. Nenhuma das participantes do grupo de incentivo não contingente (NCBI) cumpriu as metas de redução de 75% ou a abstinência (Tuten et al, 2012).

Tabela 5. Caracterização dos estudos segundo objetivos e estratégia de cuidados. São Paulo, 2017.

Artigos	Objetivos dos estudos	Estratégias/Cuidados as gestantes
1	Avaliar os efeitos a longo prazo de um negócio social e terapêutico no local de trabalho sobre a abstinência de drogas e emprego.	Local de trabalho terapêutico
2	Examinar a viabilidade e eficácia de incentivos comportamentais para reduzir o tabagismo em mulheres grávidas em uso de metadona.	1. Incentivos comportamentais contingentes. 2. Incentivos comportamentais que não foram contingentes. 3. Tratamento usual (TAU).
3	Examinar se a moderação por motivação basal poderia explicar parcialmente os achados negativos em um estudo anterior (Winhusen et al., 2008).	Terapia motivacional breve aprimorada.
4	Avaliar o impacto do incentivo como um potencial indicador da carga que o participante deve superar para participar de uma sessão.	Intervenção motivacional breve aprimorada com incentivo: Vale-presente no valor de US\$ 25 para cada uma das três das visitas de investigação e de US\$ 30 para o final do tratamento.
5	Avaliar a eficácia de 3 sessões de intervenção motivacional breve aprimorada (MET-PS) para mulheres grávidas usuárias de substâncias em relação ao tratamento usual (TAU).	Intervenção motivacional breve aprimorada.
6	Comparar duas intervenções breves em clínicas de cuidados pré-natais. Uma focada na abstenção - <i>Early Start</i> (ES) (grupo de cuidados habituais) e outra em que se concentra em ajudar as mulheres a reduzirem o consumo de álcool - <i>Start Plus</i> (ESP) através de ferramenta informatizada de avaliação.	Intervenção Breve - <i>Early Start</i> (focada na Abstinência) e <i>Start Plus</i> (focada na redução do consumo de álcool).
7	Avaliar a eficácia relativa da intervenção Motivacional Breve aprimorada (MET-PS), em comparação com o tratamento usual (TAU), por comportamentos saudáveis modificáveis e o impacto do tratamento quando os grupos foram reunidos.	Intervenção motivacional breve aprimorada.
8	Testar a eficácia de uma intervenção breve, reforçada pela inclusão de um parceiro, escolhido pela mulher grávida.	A intervenção breve com o casal.
9	Examinar a eficácia da intervenção breve como uma técnica para ajudar mulheres grávidas a alcançar a abstinência de álcool. Um segundo objetivo foi avaliar os resultados da intervenção breve com os recém-nascidos.	Intervenção Breve.

7. DISCUSSÃO

7. DISCUSSÃO

Ao analisar o perfil das gestantes dependentes de drogas, tanto na literatura quanto nos trabalhos selecionados, identificou-se que se tratam de mulheres socialmente vulneráveis na sua trajetória de vida desde a infância. Os estudos confirmam a complexidade dos contextos sociais e familiares dessas mulheres que se encontram à margem da sociedade, sendo então invisíveis e de difícil alcance pelos serviços sociais e de saúde.

O panorama de produção em periódicos mostrou que as pesquisas encontram-se circunscritas a iniciativas acadêmicas de atuação pontual – a duração média foi de 2 a 4 anos, sendo que o estudo mais longo durou 8 anos – o que sugere uma lacuna em relação a políticas de cobertura assistencial e de apoio a essas mulheres, evidenciando, assim, que acolher ou cuidar dessa população extrapola as fronteiras de aplicação tecnológica.

Em relação ao primeiro trabalho, “*A therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: eight-year outcomes of a social business intervention*”, da Universidade Johns Hopkins, cujo projeto durou 8 anos tendo uma interrupção temporária, cabe ressaltar que seu objetivo propunha a abstinência das gestantes para as substâncias cocaína e opiáceos, mas o processo era composto de atividades que iam muito mais além do apoio e incentivo para a redução de consumos dessas substâncias. Houve intenso investimento na capacitação voltado a algum ofício, como mediador visando à inserção no mercado de trabalho. Os incentivos combinados eram vinculados ao ganho financeiro, mas balizados no apoio emocional, no desenvolvimento das habilidades para fortalecer a autonomia e na confiança pessoal (Aklin, 2014).

Nesse sentido, acredita-se que as condições propostas pelo projeto e os cuidados relacionais mobilizaram a dimensão subjetiva das participantes, convergindo para uma efetiva produção de cuidados, conforme Merhy (2007), Engeström (2010), Bernardes, Pelliccioli e Guareschi (2010).

Pressupõem-se que houve formação de vínculo como um dos elementos constituintes no processo da relação entre profissional e usuária, sendo relevante para esse processo a disponibilidade para a escuta (Starfield, 2002 e Shimith, 2004). Ademais, o tempo conferiu qualidade ao cuidado relacional, favorecendo o resgate do

processo histórico-cultural, visto que sem ele torna-se impossível compreender e analisar a raiz do problema (González e Melo, 2014).

É importante salientar a prática da construção de um sujeito ativo, no caminho da emancipação humana, e engajamento social (Soares, Salvetti e Ávila, 2003).

Depreende-se que um dos focos do sucesso desse projeto foi a expertise e a sensibilidade dos pesquisadores balizados na abordagem histórico-social.

Esse trabalho espelha a afirmação de Mota (2008) que salienta que “qualquer apreciação da dependência química que não conduza a uma apreciação de como este fenômeno é significado a partir das concepções históricas e sociais do individualismo moderno e de sua repercussão no meio social será incompleta”. O autor acrescenta que o homem traz sempre uma “bagagem cultural” historicamente engendrada, que lhe é inconscientemente introjetada e que norteia a sua ação.

Diante disso, compreende-se o profundo significado do resgate histórico das gestantes dependentes de drogas, como um dos determinantes na produção de cuidado.

Os valores sociais vinculados a esse projeto vêm ao encontro das afirmações da pesquisa de Soares (2007) sobre o consumo contemporâneo de drogas, a partir da qual é possível compreender o modo como o referido consumo organiza a produção e a distribuição da riqueza, numa dada formação social, parte de uma complexa teia de organização social.

A seguir, agruparam-se os três trabalhos “*Brief Intervention for alcohol use by pregnant women*”, “*Using drink size to talk about drinking during pregnancy: a Randomized Clinical Trial of Early Start Plus*”, e “*Brief Intervention for Prenatal Alcohol Use: A Randomized Trial*” tendo como critério o fato de utilizarem uma ferramenta em comum: a denominada Intervenção Breve.

O primeiro trabalho desse conjunto de estudos foi realizado com 255 mulheres e coordenado por uma nutricionista da Universidade de Califórnia com atuação descentralizada em 12 centros especializados de tratamentos para mulheres. O monitoramento dessa intervenção era composto de cinco fases, já descritas no segundo capítulo desta dissertação destinado à Revisão de Literatura (pag. 26), em cujo esboço se delineia o encontro de duas pessoas para qualificar a atenção continuada em fases subsequentes previstas (Connor e Whaley, 2007).

O Segundo estudo, desenvolvido por médicos também na Universidade da Califórnia, trabalhou com 1001 gestantes selecionadas de 15 clínicas obstétricas entre 2000 e 2005. Foram divididas, além do grupo controle, em dois grupos de intervenções breves, sendo um voltado para a abstinência do consumo de álcool e outro voltado para a sua redução. O conjunto da intervenção breve foi associado à comunicação permanente do registro sistemático em computadores sobre a quantidade de álcool ingerido, ajudando, assim, as mulheres a reconhecerem o quanto elas bebiam (Armstrong et al, 2009).

O terceiro trabalho, foi desenvolvido em parceria entre a Universidade de Havard e o Hospital *Brigham and Women's*, com profissionais médicos e enfermeiros, dos quais participaram 304 gestantes, rastreadas de fevereiro de 2000 a setembro de 2002. O que diferencia este projeto em relação aos demais é o aspecto da inclusão do pai da criança ou de um parceiro a escolha da gestante (Chang et al, 2005).

Passamos agora a tratar a utilização da estratégia da entrevista motivacional aprimorada para gestantes em quatro outros estudos, a saber: *“Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users”*, *“Motivation Enhancement Therapy with pregnant substance-abusing women: does baseline motivation moderate efficacy?”*, *“Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users”* e *“Incentives for retention of pregnant substance users: a secondary analysis”*. É interessante notar que alguns são coautores, simultaneamente, em trabalhos diferentes mostrando a parceria no acompanhamento de projetos. Os pesquisadores advindos da Universidade de Cincinnati, em conjunto com as Universidades da Califórnia, Carolina do Norte, Wayne, Novo México e com o Centro Jefferson de álcool e outras drogas.

Os estudos foram de 2003 a 2006 e deles participaram 200 gestantes provenientes de quatro centros de tratamentos específicos destinados às mulheres e seus filhos. Nesses centros, receberam, além da entrevista motivacional aprimorada, programa de tratamento residencial, cuidados de enfermagem pré e pós-natal, informações sobre a parentalidade, acompanhamento do desenvolvimento infantil e grupo de terapia familiar. A aplicação da entrevista motivacional ocorreu mediante três encontros com duração aproximada de uma hora e meia a duas horas.

O primeiro estudo revelou que a Terapia Motivacional Aprimorada não apresentou diferenças significativas quando comparada ao tratamento usual

(Winhusen et al, 2008), o que motivou o segundo estudo a examinar melhor o estágio de mudança e de motivação basal das mulheres participantes (pag. 23). Ao final do estudo, os pesquisadores concluíram que as intervenções breves motivacionais podem ser bastante úteis para muitos indivíduos, mas não para todos e que a motivação inicial pode às vezes moderar resultados nos ensaios de tais abordagens (Ondersma et al, 2009).

O terceiro estudo que se sucedeu pretendeu avaliar o engajamento das gestantes em atividades saudáveis como uso de multivitamínicos, consumo de alimentos ricos em cálcio, ao menos duas refeições nutritivas, horas de sono, dentre outros, através de aplicação de questionário no início e no final do projeto (Kropp et al, 2010).

O último estudo acrescentou a estratégia de oferecer incentivos pecuniários às pacientes, na faixa de US\$ 25 a US\$ 30, o que permitiu que os pesquisadores concluíssem se tratar de uma medida eficaz para a adesão das gestantes ao tratamento proposto (Brigham et al, 2010).

O último estudo, entre todos os selecionados, *“Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone maintained women: Results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial”*, foi coordenado por profissionais médicos, vinculados à Universidade Johns Hopkins. A modalidade dessa intervenção foi individual incluindo 102 mulheres, com duração de 12 semanas, utilizando incentivos comportamentais contingentes e não contingentes, sem a participação de parceiros (Tuten et al, 2012).

Uma vez apresentadas as modalidades de intervenção e as principais ferramentas aplicadas nos trabalhos selecionados, torna-se possível identificar os conceitos fundamentais das propostas.

Todos os trabalhos promoveram a oportunidade de relacionamento de variada intensidade entre profissionais e usuários de drogas. Entende-se que os relacionamentos são um importante componente para o processo de cuidado em momentos de intervenção, sendo traduzidos em compromisso, sinceridade e responsabilização mútua (Merhy, 1997_a). Tomando esse componente como base da modalidade intervenção breve, nota-se que, apesar do tempo reduzido de contato com esta população que consumia álcool, obteve-se sucesso.

Outra característica comum entre as ferramentas de intervenção refere-se à proposta focada na mudança de comportamento individual, muito provavelmente

porque o comportamento é algo observável. Aliada a essa abordagem, propiciaram às gestantes testes toxicológico de urina e mensuração de níveis basais de monóxido de carbono. Embora se verifiquem efeitos satisfatórios, indicados nos resultados das pesquisas, não se sabe o quanto as mulheres acompanhadas puderam manter os resultados alcançados.

Os estudos evidenciaram, ainda, a importância das relações de gênero, tendo em vista a realização dos trabalhos em centros especializados em atendimentos às mulheres (Scott, 1990 e Moraes et al 2010). Os quatro projetos de Entrevista Motivacional Aprimorada e o estudo de Incentivo de Contingência dispunham de atividade ampliada, buscando atender às necessidades das gestantes em suas circunstâncias particulares.

É compreensível essa defesa da noção de gênero diante do reconhecimento da situação de vulnerabilidade social na qual se encontram as mulheres em questão, uma vez que a dependência química pode interferir e trazer prejuízos na execução dos papéis esperados delas e por elas assumidos socialmente (Silva, 2015). Esses condicionantes fortalecem a abstenção ou as barreiras de acesso à rede de serviços de saúde, uma vez que nos serviços mistos tendem a predominar os interesses masculinos, por ser esse o público predominante nesses âmbitos (Hochgraf e Andrade, 2004).

Expostas as modalidades de intervenção e as ferramentas aplicadas em diferentes estudos, vale descrever o conceito emergente de produção do cuidado às gestantes dependentes de drogas:

Produzir cuidado a essas gestantes significa, antes de tudo, estabelecer uma relação de confiança, favorecer a construção do sentido nas propostas de ações e promover a identificação das suas necessidades no processo de atendimento. Evidencia-se a necessidade de reconhecer o processo histórico-cultural que envolveu a sua trajetória de vida, pautando-se na construção de cuidados relacionais, na formação de vínculo e tendo em conta a especificidade de gênero. Ademais, a perspectiva do tempo deve pressupor um cuidado a médio e a longo prazo de forma a incluir, se possível, os familiares no acompanhamento, ampliando assim o cuidado no contexto social.

8. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

8. CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecendo o consumo de drogas como um problema mundial, a complexidade aumenta quando se consideram mulheres na condição de gestante, pois, nesses casos, a questão envolve um pesado estigma social, além do desamparo de políticas públicas e da sua invisibilidade nos serviços de saúde.

Constatou-se neste estudo que os Estados Unidos foi o país se de destacou na publicação da pesquisa científica, com abordagem de ensaio clínico randomizado.

Os sucessos foram relativos no que se refere à garantia ou à efetividade dos resultados alcançados pela natureza do problema estudado, fazendo-nos repensar a prática assistencial na realidade brasileira.

Reconhece-se, nessas mulheres, perfis de difícil adesão e manutenção do acompanhamento e da abstinência das substância envolvidas, sobretudo em função das dificuldades das condições de vida. Mesmo diante dessas realidades distintas, foi possível extrair elementos constituintes para a construção de um conceito de produção de cuidados, dado os objetivos propostos.

Quanto às ferramentas aplicadas na atenção às gestantes, foram otimizadas em combinações tecnológicas, aliadas com outras ações, de forma a potencializar a produção de cuidados.

A análise da atuação dos profissionais envolvidos, médicos, enfermeiras e nutricionistas, indicou esforços conjuntos, alguns de natureza multidisciplinar, para conduzir a complexidade dos cuidados.

O presente estudo permitiu refletir sobre o processo de trabalho na prática e sobre a possibilidade de qualificar as intervenções, pautadas nas evidências emergentes. Entende-se que um aspecto fundamental é a possibilidade de vislumbrar um processo de capacitação dos profissionais envolvidos na assistência.

A avaliação da abstinência ou da redução de danos foi de abordagem individual, carecendo de uma visão mais ampliada da coletividade como produto da sociedade.

Para finalizar, cabe ressaltar que havia uma expectativa de encontrar trabalhos com metodologia qualitativa em virtude do tema escolhido. Contudo, foi surpreendente verificar que os estudos foram conduzidos com população randomizada embora seja notável em alguns resultados o apoio emocional como um dos fatores determinantes para a transformação da realidade das participantes. Com isso, tanto

identificou-se a questão da efetividade, já colocada anteriormente, como da limitação nos desenhos metodológicos para o enfrentamento da reabilitação em jogo.

É mister o aprofundamento de pesquisas voltadas para esse público específico, bem como a ampliação de estudos sobre a produção de cuidado dessas gestantes incluindo necessariamente suas famílias e outras redes de apoio que aumentem a oportunidade no cuidado terapêutico e na recuperação das gestantes dependentes de drogas.

REFERÊNCIAS

Aklm WM, Wong CJ, Hampton J, Scikis DS, Stitzer ML, Bigelow GE, Silverman K. A Therapeutic workplace for the long-term treatment of drug addiction and unemployment: eight-year outcomes of a social business intervention. *J Sust Abuse Treat.* 2014; 47(5):329-338.

Amaral MB, Formigoni MLOS, Carneiro APL Estratégias de Intervenção Breve para usuários de drogas específicas: álcool, Tabaco, maconha, cocaína, anfetaminas e benzodiazepínicos. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. 2014, Disponível em: www.supera.senad.gov.br Edição: 2014. Acesso em: 10 abr 2017.

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-5. 5 ed. Washington: Ametican Psychiatric Association; 2013. 991 p.

Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, Oxford (UK). 2005 [cited 2015 July 01]; 8(1):19-32. Available from: <<http://eprints.whiterose.ac.uk/1618/1/Scopin-gstudies.pdf>>

Armstrong MA, Kaskutas LA, Witbrodt J, Taillac CJ, Hung Y, Osejo VM, Escobar GJ. Using drink size to talk about drinking during pregnancy: a randomized clinical trial of early of early start plus. *Soc Work Health Care.* 2009; 48(1):90-103.

ASAM. American Society of addiction medicine. Committee Opinion Opioid Use and Opioid Use Disorder in Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology.* 2017; 130 (2): 81-94.

Ashley OS, Marsden ME, Brady TM. “Effectiveness of substance abuse treatment programming for women: a review,” *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 2003; 29(1):19–53.

Assis MMA, Nascimento MAA, Franco TB, Jorge MSB. Produção do cuidado no programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p.

Azevedo AR. Cursos de pesquisas bibliográfica no Pubmed. São Paulo: Biblioteca Central. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2011.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilorfd Press, 1993. 354 p.

Bernardes AG, Pelliccioli EC, Guareschi NMF. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. *Psicologia & Sociedade*, 2010; 22(1):05-13.

Boff L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1996.

Boyd, SC. Mothers and Illicit Drugs: Transcending the Myths. Toronto: University of Toronto Press; 1999; 243 p.

Brady KT, Randall CL. "Gender differences in substance use disorders," *Psychiatric Clinics of North America*, 1999; 22(2):241–252.

Brasil. Ministério da Saúde. II Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira /Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira ...[et al.] ; Revisão técnica científica: Paulina do Carmo Arruda Vieira Duarte. Brasília : Secretaria Nacional Antidrogas, 2007. 76 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Brigham G, Winhusen T, Lewis D, Kropp F. Incentives for retention of pregnant substance users: a secundar analysis. *J Subst Abuse Treat*. 2010; 38(1): 90-95.

Campos GWS. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*.1998; 14(4):863-870.

Carlini EA, Nappo AS, Noto AR, Sanchez ZVDM, Moura YG, Carlini CMA, et al. Livreto informativo sobre drogas psicotrópicas. 7ª ed. Brasília (DF): Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas; 2011.

Chang G, McNamara TK, Orav EJ, Koby D, Lavigne A, Ludman B, Vincitorio NA, Wilkins-Haug L. Brief intervention for prenatal alcohol use: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2005; 105 (5):991-998.

Connor MJ, Whaley SE. Brief intervention for alcohol use by pregnant women. *American Journal of Public Health*. 2007; 97 (2):252-258.

Cordeiro RS, Henrique FCS, Bittencourt LJ. A saúde coletiva em destaque. Cruz das Almas –BA. UFRB, 2016, 340 p.

Dahlgren L, Willander A. Are special treatment facilities for female alcoholics needed? A controlled 2 year followup study from a specialized female unit (EWA) versus a mixed male/female treatment facility. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. 1989; 13(4):499–505.

Daley M, Argeriou M, McCarty D. Substance abuse treatment for pregnant women: a window of opportunity? *Addictive Behaviors*. 1998; 23(2):239–49.

Davis S. Chemical dependency in women: A description of its effects and outcome on adequate parenting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 1990; 7: 225-232.

Diehl A. et al. Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artemed, 2011. 528 p.

Dobson KS, Scherrer MC. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: Knapp P. et al. Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica. Porto Alegre: Artmed, 2004. 520p.

Donnangelo MCF. Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira; 1975. 83 p.

Donnangelo MCF, Pereira L. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades; 1979. p.124.

El-Mohandes A, Herman AA, Nabil El-Khorazaty M, Katta PS, White D, Grylack L. Prenatal care reduces the impact of illicit drug use on perinatal outcomes. J Perinatol. 2003; 23(5):354.

Engeström Y, Sannino CA. Studies of expansive learning: foundations, findings and future challenges. In: Educational Research Review, 2010. p.431.

Escosteguy CC. Metodologia de ensaios clínicos randomizados. Arq Bras Cardiol. 1999; 72(2):139-143.

Feuerwerker LCM. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p.

Fidalgo TM et al. Abordagem da dependência química Caso Complexo 12 - Vila Santo Antônio. Fundamentação Teórica: Abordagem da dependência química. UNIFESP, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Vila_Santo_Antonio/Complexo_12_Vila_Abordagem_dependencia.pdf. Acesso em 12 Fev 2017.

Franco CM, Koifman L. Produção do cuidado e produção pedagógica no planejamento participativo: uma interlocução com a Educação Permanente em Saúde. Comunicação saúde educação. 2010; 14(34):673-81.

Galvão CM, Sawada NO, Trevizan M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Brasília. 2004; 12(3):549-556.

Gaulejac VD. Psicossociologia e sociologia clínica. In: Araújo JNG, Carreteiro TC. (org.) Cenários sociais e abordagem clínica. Belo Horizonte: Fumec, 2001.

González AG, Mello GMA. Vigotsky e a teoria histórico-cultural: bases conceituais marxistas. Cadernos da Pedagogia. São Carlos. 2014; 7(14): 19-33.

Greenfield SF, Brooks AJ, Gordon SM. Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: a review of the literature. Drug Alcohol Depend. 2007; 86:1–21.

Greenfield SF, Trucco EM, McHugh RK. The Women's Recovery Group Study: a stage I trial of women-focused group therapy for substance use disorders versus mixed-gender group drug counseling. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 90:39–47.

Guattari F, Rolnik S. *Micropolítica. Cartografia do desejo.* 4ed. Petrópolis: Editora Vozes; 1996.p.327.

Hermeto EMC, Sampaio JJC, Carneiro C. Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2010; 34 (3):639-652. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsallud.org/regional/resources/lil-592259>>. Acesso em: 06 maio 2012.

Hirata H, Guimaraes NA. *Cuidado e Cuidadoras: as várias faces do trabalho do care.* São Paulo: Atlas, 2012. 236 p.

Hochgraf PB, Andrade AG. A Questão do Gênero nas Farmacodependências. In: Cordas TA, Salzano FT. *Saúde Mental da Mulher.* São Paulo: Editora Atheneu, 2004.

Hochgraf PB, Brasiliano S. A influencia da comorbidade com transtornos alimentares na apresentação de mulheres dependentes de substancias psicoativas. *Rev. Psiquiatr. Clin.* São Paulo, 2006; 33(3): 134-144

Hodkin et al. Concepts of family memberships. In: Cusinato, M. (Org.), *Research on family resources and needs across the world.* Milão: LED Edizioni Universitarie, 1996, 580p.

Hutchins E, Dipietro J. Psychosocial risk factors associated with cocaine use during pregnancy: A case-control study. *Obstetrics and Gynecology.* 1997; 90:142-147.

Joanna Briggs Institute (JBI). *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews.* Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015.

Kassada DS, Marcon SS, Paffiarini MA, Rossi RM. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(5):467-71.

Kropp F, Winhusen T, Lewis D, Hague D, Somoza E. Increasing prenatal care and healthy behaviors in pregnant substance users. *J Psychoactive Drugs.* 2010; 42(1): 73-81.

Kuczkowski KM. Effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007; 19:578-85.

Kuyava ACLS. *O cotidiano de gestantes usuárias de Crack [dissertação].* Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.

Lanehart RE, Clarck HB, Kratochvil D, Rollings JP, Fidora AF. Case management of pregnant and parenting female crack and polydrug abusers. *Journal of Substance Abuse.* 1994; 6(4):441-8.

Lehnen LM. A toxicomania e a cadeia circular das interações familiares: a terapia familiar como teoria a reconstrução da cidadania. *Psicologia e Ciência Profissão*, Brasília. 1996; 16(2).

Levac D, Colquhoun H, O'Brien KK. Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, United Kingdom. 2010; 5:1-9.

Liebschutz J, Savetsky JB, Saitz R, Horton NJ, Lloyd-Travaglini C, Samet JH. The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *J Subst Abus Treat*. 2002; 22(3): 121–8.

Lima LPM, Santos AAPS, Póvoas FTX, Silva FCL. O papel do enfermeiro durante a consulta de pré-natal à gestante usuária de drogas. *Revista Espaço Para a Saúde*. 2015; 16(3): 39-46.

Linares JL, Selvini M. Sofrimento psicológico e o maltrato relacional como fontes de psicopatologia. São Paulo: Zagodoni, 2015. 152p.

Marques ACPR, Ribeiro M, Laranjeira RR, Andrada NC. Abuso e Dependência: Crack. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58 (2):141-53.

Martins-Costa SH, Vettorazzi J, Cecin GKG, Maluf JMRA, Stumpf CC. Crack: a nova epidemia obstétrica. *Revista HCPA*. 2013; 33(1):55-65.

Matias A. O Mercado de cuidados de saúde. Associação Portuguesa de Economia da Saúde. Documento de trabalho 5/95. Banco de Portugal. Escola Superior de Turismo do Estoril. Novembro, 1995.

Matumoto S, Mishima SM, Pinto JC. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cad. Saúde Pública*. 2001; 17(1): 233-241.

Mayfield, D, McLeod, G, Hall, P. The CAGE questionnaire: validation of new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*, 1974; 131:1121-3.

McConaughy EA, Prochaska JO, Velicer WF. Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1983; 20:368-375.

McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, et al. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980;168(1):26–33.

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Cefor; 1992.

Meneses-Gaya IC, Zuardi AW, Loureiro SR, Crippa JAS. As propriedades psicométricas do Teste de Fagerström para Dependência de Nicotina. *J. bras. pneumol*. 2009 Jan; 35(1): 73-82.

Merhy, E.E. Em busca da Qualidade dos Serviços de Saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho em busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L. C.(org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec,1994.

Merhy_a EE, Chakkour M, Stéfano E, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 113-50.

Merhy_b EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In EE Merhy & R Onocko (org.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. 385 p.

Merhy EE. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2004; p.108-137.

Merhy EE et al. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma auto poieseanticapitalística no mundo da saúde. In: Cocco G e Siqueira M. (org.). Por uma política menor: arte, comum e multidão. Rio de Janeiro: Fundação Casa de Ruy Barbosa; 2014. 315 p.

Micheli DD, Formigoni MLOS, Carneiro APL. Como motivar usuários de risco. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD | Departamento de Psicobiologia | Departamento de Informática em Saúde | Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. 2014. Disponível em: www.supera.senad.gov.br Edição: 2014.

Miller WR, Rollnick S. - Entrevista Motivacional: Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001. 396 p.

Miller WR, Sanches VC. Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In: Howard G, editor. Issues in alcohol use and misuse in young adults. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1993.

Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

Minuchin S, Fishman CH. Técnicas de terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

Moraes LMP et. al. Expressão da codependência em familiares em dependentes químicos. Rev. Min. Enferm., 2009; 13(1): 34-42. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4c0e47a93ae90.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2016.

Moraes M, Castro R, Petuco D. Gênero e drogas: contribuições para uma atenção integral à saúde. Recife: Instituto PAPAI, 2010. (Série Homens e Políticas Públicas).

Moreira MM, Mitsuhiro SS, Ribeiro M. O consumo de crack durante a gestação. In: Ribeiro M, Laranjeira R (orgs.). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012. 664 p.

Moreira MSS. Dependência familiar. Revista da SPAGESP - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo. 2004; 5(5):83-88.

Mota L. Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química [tese]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2008.

Murer E, Oliveira JDF, Mendes RT. Substâncias psicoativas no ambiente escolar. 2010. Disponível em: http://www.fef.unicamp.br/fev/qvaf/livros/alimen_saudavel_ql_af/escolares/escolares_cap11.pdf. Acesso em fev 2017.

Murphy S, Rosenbaum M. Pregnant Women on Drugs: Combating Stereotypes and Stigma. Rutgers University Press; New Brunswick: 1999; 207 p.

Nanovskaya TN, Deshmukh S, Brooks M, Ahmed M. Transplacental transfer and metabolism of buprenorphine. J. Pharmacol. Exp. Ther. 2002; 3:26–33.

Nappo S, Sanchez ZDM, Ribeiro LA. Troca de sexo por crack. Porto Alegre (RS): Artmed; 2012. p. 566-75. In: Ribeiro M, Laranjeira R (orgs.). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: Artmed, 2012. 664 p.

Oliveira JB. A questão do gênero na avaliação da eficácia de instrumentos de detecção de uso nocivo de álcool em um estudo populacional na região metropolitana de São Paulo – Um recorte do Projeto GENACIS [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP; 2010.

Oliveira JF, Paiva MS. Vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas ao hiv/aids em uma perspectiva de gênero. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007 dez; 11(4): 625 - 31.

Oliveira JF. (In) visibilidade do consumo de drogas como problema de saúde pública num contexto assistencial: uma abordagem de gênero [tese]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva; 2008.

Ondersma S, Winhusen T, Erickson SJ, Stine SM, Wang Y. Motivation Enhancement therapy with pregnant substance-abusing women; does baseline motivation moderate efficacy?. Drug Alcohol Depend. 2009; 101 (1-2):74-79.

Organização Mundial da Saúde (OMS). Transtornos devido ao uso de substâncias. IN: Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Brasília: Gráfica Brasil. (2001). 207 p.

Paim JS, Almeida Filho N. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo

aberto a novos paradigmas? Rev Saúde Pública. 1998; 32(4):299-316.

PAIM JS. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em saúde coletiva. In: ABRASCO. Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil. Rio de Janeiro:ABRASCO/NUTES/CLATES,1982. 3p.

Payà, R. Terapia familiar. In A. Diehl, D. Cordeiro & R. Laranjeira (Orgs.). Dependência química: Prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed. 2011, 528p.

Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre o planejamento e execução do cuidado. Rev Bras Enferm. 2002; 55(4):392-8.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. Revista de Saúde Pública. 2001; 35(1):103-9.

Pereira IB, Lima JCF. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478p.

Pereira JC. Medicina, saúde e sociedade. Estudos de Saúde Coletiva, 1986; 4:29-37.

Petzold M. The psychological definition of “the family”. In: Cusinato, M. (Org.), Research Family: Resources and needs across the world. Milão: LED- Edizioni Universitarie, 1996, 580p.

Pinheiro R. Cuidado em Saúde. In: Brasil . Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. n. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

Prata EMM, Santos MA. Reflexões sobre as relações entre drogadição, adolescência e família: um estudo bibliográfico. Estud Psicol. 2006 Set-Dez; 11(3):315-22.

Rabello ET, Passos JS. Vygotsky e o desenvolvimento humano. Disponível em <<http://www.josesilveira.com>> Acesso em: Ago 2017.

Reich WT. History of the notion of care. In: Reich WT, editor. Bioethics encyclopedia. 2d. [CD ROM]. New York: Mac Millan Library; 1995.

Romo N. Género y uso de drogas: la invisibilidad de las mujeres Humanitas, Humanidades Médicas 2004 [on-line] [citado 15 jan 2007]. Disponible em: <<http://www.fundacionmhm.org/Mono5/Articulos/edicion10.html>>

Russell M, Bigler L. Screening for alcohol-related problems in an outpatient obstetric-gynecologic clinic. Am J Obstet Gynecol, 1979;134:4-12.

Russell M. New assessment tools for risk drinking during pregnancy. Alcohol Health & Research World. 1994; 18: 55-61.

Santos AM et al. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas, Bahia, Brasil. Cadernos

Saúde Pública. Rio de Janeiro. 2007; 23(1):75-85.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad Saúde Pública. 2004; 20(6):1487-94.

Schottenfeld RS, Pakes J, O'Connor P, Chewarski M, Oliveto A, Kosten TR. Thrice-weekly versus daily buprenorphine maintenance. Biol Psychiatry. 2000; 47(12):1072-9.

Schwarz R. Ao vencedor as batatas. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 2. ed, 1981, 169p.

Schwarz R. Ao vencedor as batatas. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 2a ed., 1981.

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. Educação & Realidade, 1990; 16(2):5-22.

Seadi, S. S., & Oliveira, M. S. A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: Um estudo retrospectivo de seis anos. Psicologia Clínica, 2009; 21(2):363-378.

Seleghim MR et al . Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, 2011; 19(5): 1163-1170.

Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. Am J Psychiatr. 1971;127(12):1653-8.

Setoya, Y. Guiding principles for the development of mental health policies in low - and middle – income countries. RBP. 2011; 33(1): 6-7.

Silva LO. Mulher, drogas e questões de gênero: Uma revisão de literatura [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília, 2015.

Silva SP, Oliveira AL, Kamimura QP. Capacitação em saúde mental: entre a realidade e as ofertas do Ministério da Saúde. Revista Eletrônica Sistemas & Gestão. 2014; 9(3):406-416. Disponível em: <http://www.revistasg.uff.br/index.php/sg/article/download/V9N3A16/SGV9N3A16>. Acesso em: 28 janeiro 2018.

Singer LT, Minnes S, Short E, Arendt R, Farkas K, Lewis B. Cognitive outcomes of preschool children with prenatal cocaine exposure. JAMA. 2004; 291(20):2448–56.

Soares A. As emoções do care. In: Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Atlas, 2012.

Soares CB, Campos CMS. A compreensão do consumo contemporâneo de drogas na perspectiva da saúde coletiva. 2006. No Prelo.

Soares CB, Salvetti MG, Avila LK. Opinião de escolares e educadores sobre saúde: o

ponto de vista da escolar pública de uma região periférica do Município de São Paulo. *Cad. Saúde Pública*. 2003; 19(4):1153-61.

Soares CB. Consumo contemporâneo de drogas e juventude. A construção do objeto na perspectiva da saúde coletiva (Tese). São Paulo. Escola de Enfermagem da USP; 2007.

Souza J, Kantorski LPrado, Mielke FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. Port.), Ribeirão Preto. 2006; 2(1). Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762006000100003&lng=pt&nmr=iso> Acesso em: 21 maio 2012.

Souza MRR, Oliveira JF, Nascimento ER. A saúde de mulheres e o fenômeno das drogas em revistas brasileiras. *Texto contexto - enferm*. 2014; 23(1): 92-100.

Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf*. 2011; 13(2):199- 210.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/UNESCO; 2002.

Torchalla I, Linden IA, Strehlau V, Neilson EK, Krausz M. Like a lot happened with my whole childhood: violence, trauma, and addiction in pregnant and postpartum women from Vancouver's Downtown Eastside. *Harm Reduct J*. 2015;12(1):1.

Tuten M, Fitzsimons H, Chisolm MS, Nuzzo PA, Jones HE. Contingent incentives reduce cigarette smoking among pregnant, methadone maintained women: Results of an initial feasibility and efficacy randomized clinical trial. *Addiction*. 2012 October; 107(10): 1868–1877.

Vargas D, Duarte FB. Enfermeiros dos centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (caps ad): a formação e a busca pelo conhecimento específico da área. *Texto contexto-enferm*. 2011; 20(1):119-126.

Virkkunen J, Newnham DS. A base teórica do método do laboratório de Mudança. In: Virkkunen J, Newnham DS. *O laboratório de Mudança- uma ferramenta de desenvolvimento colaborativo para o trabalho e a educação*. (orgs) Belo Horizonte:Fabrefactum, 2015 p. 424.

WHO (World Health Organization). Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland. 2014.

WHO. WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2008: The MPOWER package. Geneva: World Health Organization, 2008. 329 p.

Winhusen T, Kropp F, Babcock D, Hague D, Erickson SJ, Renz C, Rau L, Lewis Daniel, Leimberger Jeff, and Somoza E, M.D. Motivational enhancement therapy to

improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *J Subst Abuse Treat.* 2008 September; 35(2): 161–173.

Yabuuti PLK, Catia CFB. Perfil de gestantes usuárias de drogas atendidas em um Centro de Atenção Psicossocial. *Revista Baiana de Saúde Pública.* 2014; 38(2): 344-356.

Zemel ML. O papel da família no tratamento da dependência. *Revista IMESC,* 2001; 3:43-63.

Zoboli ELP, Fracoli LA, Chiesa AM. O cuidado de enfermagem em saúde coletiva. In: *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem.* Organizadoras Cassia Baldine Soares e Cecilia Maria Sivalli. Barueri: Manole; 2013. 390 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Carta Convite

Título: PRODUÇÃO DO CUIDADO DE GESTANTES DEPENDENTES DE DROGAS: UM *SCOPING REVIEW*

São Paulo, Maio 2017

Venho por meio desta convidá-lo (a) para ser juiz (a) na avaliação dos artigos selecionados para a dissertação intitulada: Produção do cuidado a gestantes dependentes de drogas: um *Scoping Review*. O objetivo do presente estudo é analisar a produção científica das principais bases de dados da área da saúde sobre como se produz o cuidado com as gestantes dependentes de drogas lícitas e ilícitas nos serviços de saúde.

Os critérios de inclusão utilizados para o estudo foram os seguintes: **A)** período: delimitou-se a partir de 1990, período marcado pelo arranjo institucional por parte do Estado para a provisão dos serviços de saúde, após a implantação do SUS. **B)** Idiomas: inglês, português e espanhol. **C)** disponibilidade: estudos completos **D)** gestantes dependentes de drogas.

Os critérios de exclusão previamente determinados para o presente estudo foram: repetição de artigos em mais de uma base de dados; estudos não disponíveis online; estudos com mulheres não gestantes; gestantes encarceradas em sistema prisional; gestantes em condições de internadas/hospitalizadas; gestantes com HIV diagnosticado; estudos que abordam abuso e dependência de medicamentos psicotrópicos lícitos; perfil de gestantes com outros transtornos mentais; estudos de triagem e levantamento de perfil populacional das usuárias de drogas; estudos voltados a identificar a percepção das gestantes diante o uso das substâncias; estudos focados nos malefícios e consequências do uso de substâncias para o feto ou recém nascidos; revisões bibliográficas; estudos focados em violência associada ao uso de substâncias; estudos de análise e detecção de uso de substâncias através de amostras de urina ou cabelo; estudos de abordagem coercitiva para o tratamento.

Contamos com a sua contribuição de análise quanto a compatibilidades dos estudos selecionados com os critérios de inclusão e exclusão propostos.

Elienai Siqueira Gama

Estudante do PPGE

orientanda da Profa. Sayuri T. Maeda

APENDICE B

Tabelas Descritores e Palavras-Chave

Tabela 1. Descritores e palavras-chave em inglês: portal BVS

Portal BVS: Descritores e Palavras-chave: Inglês	Encontrados	Disponíveis on line
Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Care OR Treatment Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (53), LILACS (3), BDENF Enfermagem (1)	61	57
Pregnant women AND Substance related disorder AND Illicit Drugs OR Street Drugs AND Care OR Treatment =0	0	0
Total	61	57

Tabela 2. Descritores em inglês Portal BVS

Portal BVS: Descritores em Inglês:	Encontrados	Disponíveis on line
Pregnant women AND Street drugs AND Standard of Care Filtros: Texto Completo Disponível, Base de dados MEDLINE (5), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	13	5
Pregnant women OR Pregnancy AND Street drugs OR Substance Abuse AND Standard of Care Filtros: Texto Completo Disponível, Base de dados MEDLINE (13), LILACS (1), BDENF Enfermagem (0)	31	14
Pregnant women AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (3), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	8	3
Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (4), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	12	4
Pregnant women OR Pregnancy AND Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers AND Women's Health Services Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (1), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	3	1
Pregnant women OR Pregnancy AND Substance related disorder OR Street Drugs AND Substance Abuse Treatment Centers AND Standard of Care Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (2), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	2	2
Pregnant women OR Pregnancy AND Street drugs AND Standard of Care AND Mental Health Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (2), LILACS (0) BDENF Enfermagem (0)	6	2
Ambulatory care AND Pregnant women AND abuse substance OR street drugs Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (6), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	9	6
Total	84	37

Tabela 3. Descritores em português: Portal BVS

Portal BVS: Descritores Português	Encontrados	Disponíveis on line
Drogas Ilícitas AND Gestantes OR Gravidez AND Padrão de Cuidado Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (3), LILACS (2), BDENF Enfermagem (0)	8	5
Gestantes OR Gravidez AND Drogas Ilícitas AND Saúde mental AND Tratamento Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (24), LILACS (2), BDENF Enfermagem (2)	114	28
Gestantes OR Gravidez AND Centros de Tratamento de Abuso de Substâncias OR Padrão de Cuidado AND Drogas ilícitas Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (8), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	31	8
Drogas Ilícitas AND Gestantes OR Gravidez AND cuidado ambulatorial = 0	0	0
Total	153	41

Tabela 4. Descritores em Espanhol: Portal BVS

Portal BVS: Descritores Espanhol	Encontrados	Disponíveis on line
Mujeres Embarazadas AND Drogas Ilícitas AND Nivel de Atención Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (0), LILACS (1), BDENF Enfermagem (0)	1	1
Mujeres Embarazadas AND Centros de Tratamiento de Abuso de Sustancias OR Nivel de Atención AND Drogas Ilícitas Filtros: Texto completo Disponível, Base de dados MEDLINE (2), LILACS (0), BDENF Enfermagem (0)	2	2
Total	3	3

Tabela 5. Descritores em inglês: Base de dados PUBMED

Base de Dados: PUBMED (MeSH)	Encontrados	Disponíveis on line
Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Health Care Quality, Access, and Evaluation Filtros: Clinical Study, Free full text, Publication dates From 1990/01/01 to 2016/12/31 Species Humans	1432	306
Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Health Care Quality, Access, and Evaluation OR Substance Abuse Treatment Centers AND Health Services Filtros: Clinical Study, Clinical Trial, Free full text, Publication dates From 1990/01/01 to 2016/12/31 Species Humans	6934	190
Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Health Care Quality, Access, and Evaluation OR Substance Abuse Treatment Centers AND Health Services AND Ambulatory care Filtros: Free full text, Publication dates From 1990/01/01 to 2016/12/31 Species Humans	563	131
Pregnancy OR Pregnant Women AND Substance Abuse OR Street drugs AND Women's Health Services AND Health Services AND Mental Health Services Filtros: Free full text, Publication dates From 1990/01/01 to 2016/12/31 Species Humans	75	17
Total	9004	644

Tabela 6. Descritores e palavras-chave em inglês: Base de dados Web of Science

Base de Dados Web of Science: Descritores e Palavras-chave	Encontrados	Disponíveis on line
Tópico: (treatment) OR Tópico: (care)) AND Tópico: (drugs) OR Tópico: (drug)) AND (Pregnant)) Refinado por: Categorias do Web of Science: (SUBSTANCE ABUSE) AND Acesso aberto: (YES) AND Idiomas: (ENGLISH OR SPANISH)	322	7
Tópico: (drug) OR Tópico: (street drugs) AND Tópico: (care) OR Tópico: treatment AND Tópico: (substance abuse) AND Tópico: (pregnant) Refinado por: Categorias do Web of Science: Acesso aberto: (YES)	458	19
Tópico: (treatment) OR Tópico: (care) OR Tópico: (ambulatory care) AND Tópico: (street drugs) AND (Pregnant) Refinado por: Categorias do Web of Science: (SUBSTANCE ABUSE) AND Acesso aberto: (YES) AND Idiomas: (ENGLISH OR SPANISH)	17	1
Total	797	27

Tabela 7. Descritores em inglês: CINAHL

Base de Dados CINAHL	Encontrados	Disponíveis on line
("CARE") AND (MH "Street Drugs") AND (MH "Multidisciplinary Care Team") AND (MH "Expectant Mothers") Texto completo; Data de publicação: 19900101-20161231; Artigo de pesquisa; Excluir Pré-CINAHL; Excluir registros do MEDLINE; Humano; Gravidez; Expansores - Aplicar assuntos equivalentes, Modos de pesquisa - Pesquisa SmartText , pregnancy complications = 65	3045	65

Tabela 8. Caracterização dos estudos segundo instituição de vínculo, país de origem e ano de publicação da pesquisa. São Paulo, 2017.

Artig	Instituição de Vínculo do(s) Autor(es)	País do Estudo	Ano de Publicação	Ano da Pesquisa
1	Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins Departamento de Psiquiatria e Ciências Sociais.	EUA	2015	1996-1998
2	Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, departamento de Psiquiatria e Ciências Sociais, de Obstetrícia e ginecologia e Centro de pesquisa em álcool e drogas da University of Kentucky.	EUA	2012	2005-2009
3	Escola de Medicina da Universidade de Cincinnati. Universidade da Califórnia, departamento de psicologia. Universidade do Estado de Wayne, departamento de psiquiatria e neurociências comportamentais e departamento de medicina da família.	EUA	2009	2003-2006
4	Escola de Medicina da Universidade de Cincinnati, departamento de psiquiatria e Centro de pesquisas em adições.	EUA	2010	2003-2006
5	Escola de Medicina da Universidade de Cincinnati. Departamento de Psiquiatria. Centro de Pesquisa em adições. Centro Jefferson de álcool e drogas de abuso. Universidade do Novo México. Departamento de Psiquiatria. Escola de medicina da Universidade da Carolina do Norte. Departamento de Obstetrícia e Ginecologia. Instituto de Pesquisa Clínica Duke. Centro medico de veteranos.	EUA	2008	2003-2006
6	Escola de Saúde Pública, Univerisade da California. Programa de Divisão de Pesquisa de Assistência Médica Kaiser Permanente. Grupo de pesquisa Álcool, Emerycille.	EUA	2009	1999
7	Escola de Medicina da Universidade de Cincinnati. Centro de Pesquisa em adições, departamento de psiquiatria. Centro Jefferson de álcool e drogas de abuso.	EUA	2010	2003-2006
8	Universidade de Santiago de Compostela, serviço de toxicologia Forense, Instituto de Ciências Forenses da Espanha. Instituto nacional de abuso de drogas-Baltimore. Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins, departamento de psiquiatria. Universidade de Pittsburg, departamento de Biologia.	EUA	2011	2000 a 2002
9	University of California	EUA	2007	2001-2004

Tabela 9. Caracterização dos estudos segundo resultados. São Paulo, 2017.

Artigo	Principais Resultados
1	As participantes ofereceram mais resultados de urina negativos para cocaína e opiáceos do que as do grupo controle. Tiveram maior rendimento no emprego, e menos dinheiro gasto em drogas. Durante as avaliações mensais realizadas, ao longo do quarto anos, apenas 23% e 30% das amostras de urina fornecidas pelos participantes do grupo controle, foram negativos para cocaína e opiáceos, respectivamente. Apenas 2 dos 20 participantes do grupo controle (10%) forneceram evidências de abstinência contínua de cocaína e opiáceos. Em contraste, o quarto ano após o negócio de entrada de dados estar em operação, mais do que o dobro das participantes do local de trabalho terapêutico manteve a taxa de amostras de cocaína e urina negativa.
2	Um total de 48% dos participantes do CBI cumpriu o objetivo de redução de 75% e 31% cumpriram o objetivo de abstinência (nicotina <4ppm) na semana 12. Apenas 2% dos participantes TAU conheceram a redução de 75% e nenhum dos participantes conheceram a abstinência alvo. Nenhum das participantes do NCBI cumpriram as metas de redução de 75% ou a abstinência.
3	Pouco mais de metade dos participantes foram classificados como motivados no início do estudo. Os dois grupos de tratamento foram semelhantes em termos de sessões de Tratamento usual (TAU)/ Motivação Breve (MET). Pessoas com baixa motivação (não definindo um objetivo claro de abandono) apresentaram piores resultados quando randomizadas em MET e pessoas com alta motivação (aquelas que estabelecem um objetivo claro de abandono) apresentaram melhores resultados quando randomizadas em MET.
4	O efeito significativo reflete uma maior frequência de visitas das que receberam o incentivo (60%) relativos a visitas de tratamento (20%).
5	Revelou nenhuma evidência de que MET-PS foi mais eficaz do que a TAU no aumento ou diminuição no uso da substância na amostra estudada como um todo.
6	O grupo controle apresentou taxas mais elevadas de resultado adverso neonatais e maternos. Uma contribuição fundamental do ESP é que a sua avaliação é computadorizada de tamanhos das bebidas e proporcionou uma estrutura orientada em que o mesmo alto calibre de terapeutas pôde discutir o beber sem sentir que eles estavam dando às mulheres permissão para beber. Não houve diferença estatisticamente significativa entre ES e ESP. Os especialistas sentiram que a intervenção foi uma ferramenta útil em suas avaliações de beber durante a gravidez, e que era essencial para as mulheres resistentes à abstinência
7	Os resultados sugerem que MET-PS não foi mais eficaz do que o tratamento usual na melhoria dos comportamentos modificáveis saudáveis. Quando os grupos de tratamento foram reunidos, os resultados sugerem que houve aumentos significativos de cuidados pré-natais em utilização de multivitamínico e consumo de água, e uma diminuição significativa no stress.
8	As intervenções breves reduziram o de álcool subsequente de forma mais significativa para as mulheres com o maior consumo de álcool. Além disso, os efeitos da intervenção breve foram significativamente reforçados quando um parceiro participou.
9	As mulheres do grupo de intervenção breve foram 5 vezes mais prováveis a serem abstinentes no terceiro trimestre. A análise do peso ao nascer infantil revelou uma condição marginal e estatisticamente significativa: os lactentes no grupo de intervenção breve de alto consumo atingiram, em média, 180,45 g a mais do que os lactentes no grupo só de avaliação. Os lactentes de mulheres do grupo de consumo elevado foram significativamente menores que os bebês de mães nos outros grupos. Houve uma diferença média de 1,69 cm. Cinco crianças na amostra do estudo não sobreviveram: quatro (2 abortos, 2 fetos) das gestações na condição só de avaliação e um aborto na condição de intervenção breve.

Tabela 10. Caracterização dos estudos segundo conclusão. São Paulo, 2017. - Apêndice

Artigo	Conclusão
1	O local de trabalho terapêutico pode servir como uma intervenção de manutenção para sustentar a abstinência a longo prazo, nos toxicodependentes pobres e desempregados.
2	O procedimento Gestão de Contingência (CM) é eficaz para a redução e cessação do tabagismo em mulheres grávidas dependentes de drogas. Pode ser que os procedimentos sejam mais eficazes para tratar populações difíceis que podem ter mais dificuldade de mudar o comportamento.
3	Esses achados sugerem uma complexidade substancial nas situações em que as abordagens motivacionais são mais adequadas. Pesquisas adicionais devem esclarecer as pessoas e situações nas quais as abordagens motivacionais devem ser utilizadas. Há abundante evidência de que (a) intervenções breves motivacionais podem ser bastante úteis para muitos indivíduos, mas não para todos; (B) a motivação inicial pode às vezes moderar resultados nos ensaios de tais abordagens; e (c) as situações em que a motivação adequada atenua, facilita ou não tem associação com a eficácia das abordagens motivacionais, permanecem obscuras.
4	O estudo conclui que o incentivo de US \$ 25 a US \$ 30 pode ser eficaz no aumento crescente semanas de atendimento e semanas consecutivas de atendimento.
5	Estes resultados sugerem que MET-PS não é mais eficaz do que o tratamento usual para usuárias de substâncias grávidas em geral, mas particularmente poderia haver subgrupos ou programas de tratamento para MET-PS que poderiam ser mais ou menos eficazes do que o tratamento usual.
6	O ESP oferece aos médicos uma ferramenta de avaliação inovadora que cria um diálogo aberto com a gestante usuária de Álcool.
7	Esta análise exploratória sugere que a participação de tratamento em programas para usuárias de substâncias grávidas pode ter um efeito positivo significativo em vários comportamentos associados a uma gravidez saudável, além de abordar os problemas de uso de substâncias.
8	Grávidas com os mais altos níveis de consumo de álcool tiveram sua utilização diminuía depois de uma breve intervenção que incluiu seus parceiros. As recomendações incluem triagem coerente para o uso de álcool pré-natal seguido de avaliação de diagnóstico.
9	O sucesso da intervenção breve realizado em uma comunidade por profissionais não médicos tem implicações importantes para as políticas nacionais de saúde pública.