

Atención prenatal en la atención primaria de salud desde la perspectiva de las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas

Pré-natal na atenção primária à saúde na perspectiva de gestantes usuárias de substâncias psicoativas

Prenatal Care in Primary Health Care from the Perspective of Pregnant Women Who Use Psychoactive Substances

Maittê Vargas Zago¹ ; Janine Vasconcelos¹ ; Dirce Stein Backes¹ ;
Zaira Letícia Tisott¹ ; Mara Regina Caino Teixeira Marchiori¹ ; Keity Laís Siepmann Soccol¹ 

¹Universidade Franciscana. Porto Alegre, RS, Brasil. ²Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil

RESUMEN

Objetivo: comprender cómo las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas perciben la atención que les brindan los profesionales de salud durante el control prenatal en una Estrategia Salud de Familia. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, realizado con gestantes usuarias de sustancias psicoactivas, que reciben atención en una unidad de Estrategia Salud de Familia. Los datos fueron recolectados entre agosto y noviembre de 2022, por entrevista abierta, y sometidos a análisis de contenido temático. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación. **Resultados:** a partir de 20 gestantes de entre 20 y 41 años, que declararon tener hijos, ser usuarias de múltiples drogas, como tabaco, cocaína, crack, marihuana y bebidas alcohólicas, se definieron tres categorías temáticas: ¡Ahí viene otro(a)!; Establecer un orden sujeto-objeto; y (In)Satisfacción con la atención recibida. **Consideraciones finales:** según la percepción de las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas, la atención prenatal es impersonal, puntual y vertical. Los profesionales de salud demostraron falta de conocimiento y de preparación para atenderlas.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Salud Materno-Infantil; Embarazo; Atención Perinatal; Trastornos Relacionados con Sustancias.

RESUMO

Objetivo: compreender como as gestantes usuárias de substâncias psicoativas percebem o cuidado dos profissionais de saúde durante o pré-natal em uma estratégia da saúde da família. **Método:** estudo qualitativo, de abordagem exploratória-descritiva, realizado com gestantes usuárias de substâncias psicoativas, atendidas em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família. Os dados foram coletados durante os meses de agosto a novembro de 2022, por meio de entrevista aberta e submetidos à análise de conteúdo temática. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. **Resultados:** entre 20 gestantes de 20 a 41 anos, que declararam já ter filhos, usuárias de múltiplas drogas, como tabaco, cocaína, crack, maconha e bebidas alcoólicas, definiram-se três categorias temáticas: Lá vem mais (a)!; Estabelecendo uma ordem sujeito-objeto; e Despreparo profissional. **Considerações finais:** na percepção das gestantes usuárias de substâncias psicoativas, a assistência pré-natal é impessoal, pontual e verticalizada. Os profissionais de saúde demonstram desconhecimento e despreparo para assisti-las.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Saúde Materno-Infantil; Gravidez; Assistência Perinatal; Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias.

ABSTRACT

Objective: to understand how pregnant women who use psychoactive substances perceive the care provided by health professionals during prenatal care within a Family Health Strategy unit. **Method:** this is a qualitative, exploratory-descriptive study conducted with pregnant women who use psychoactive substances, and were attended at a Family Health Strategy unit. Data were collected between August and November 2022 through open interviews and subjected to thematic content analysis. The research protocol was approved by the Research Ethics Committee. **Results:** among 20 pregnant women aged 20 to 41 years, who reported having children and using multiple drugs such as tobacco, cocaine, crack, marijuana, and alcohol, three thematic categories were defined: "Here comes another one!"; "Establishing a subject-object order"; and "(Dis)Satisfaction with the Care Received". **Final Considerations:** in the perception of pregnant women who use psychoactive substances, prenatal care is impersonal, punctual, and top-down. Health professionals demonstrate a lack of knowledge and preparedness in assisting these women.

Descriptors: Primary Health Care; Maternal and Child Health; Pregnancy; Perinatal Care; Substance-Related Disorders.

INTRODUCCIÓN

El período de embarazo se caracteriza por ser una experiencia única en la vida de la mujer, dado que durante este período ocurren varios cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, que requieren una atención personalizada y multidisciplinaria. Por ende, la gestante debe ser guiada y acompañada por profesionales sensibles y capacitados para atender las especificidades de cada mujer^{1,2}.

Un tema que atrae la atención pública a nivel mundial es el tema del uso de sustancias psicoactivas (SPA) por parte de las gestantes. El uso de estas sustancias se considera un importante problema de salud pública y tiene un impacto negativo en el binomio madre-bebé^{3,4}. Además, las tasas de uso de SPA siguen aumentando especialmente en esta población⁵.

El uso de SPA por parte de la gestante afecta el desarrollo del feto debido a la exposición química, que puede provocar cambios en el sistema nervioso central, anomalías, malformaciones cardíacas, entre otros problemas^{6,7}. Si bien las gestantes conocen las consecuencias que el uso de sustancias puede causarle al bebé, no lo hacen con el fin de dañarlos, sino porque son dependientes y no pueden dejar de consumirlas⁸. Por lo tanto, es fundamental identificar los factores asociados al uso de SPA durante el embarazo, para brindarles estrategias de afrontamiento y garantizar resultados favorables en el parto y desarrollo infantil⁷.

Además de centrarse en el desarrollo fetal, es importante que los profesionales de la salud estén atentos a la forma en que les brindan atención de salud a las gestantes. Normalmente, las usuarias embarazadas se encuentran en contextos de vulnerabilidad relacionados con cuestiones de género, raza, educación, relaciones familiares abusivas, conductas adictivas en la familia y violencia. Acuden menos a los servicios de salud por la falta de acogida y la mala conexión con los equipos de salud, tienen una inserción inadecuada en la atención prenatal y en ocasiones no se las identifica como usuarias⁹.

La atención prenatal para las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas debe ser diferenciada y específica para sus necesidades, dado que dichas mujeres pueden negar el uso y la dependencia, y no acudir y/o acudir tarde a los servicios de salud. Por lo tanto, es necesario capacitar a los profesionales de la salud para brindar acogida y crear un vínculo con esta población, para reducir los riesgos de morbilidad y mortalidad materno-infantil^{10,11}.

Además, la representación social de la usuaria de SPA tiene un impacto negativo en el ámbito personal y familiar. Por lo tanto, es de vital importancia que haya una red de apoyo para estas mujeres, dado que las gestantes interiorizan el sentimiento de culpa y vergüenza por consumir sustancias mientras gestan un bebé^{12,13}. Y situaciones como esta provocan que se alejen cada vez más de los servicios de salud.

En este sentido, conocer cuáles las percepciones que tienen las gestantes usuarias de SPA sobre la atención que les brindan los profesionales de la salud de la atención primaria permite mejorar el acceso de esta población y también la forma en que se les brinda atención prenatal. Por consiguiente, la pregunta orientadora es: ¿cómo perciben las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas la atención que les brindan los profesionales de la salud durante el control prenatal?

El objetivo de este estudio fue comprender cómo perciben las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas la atención que les brindan los profesionales de la salud durante el control prenatal en una Estrategia Salud de la Familia.

MÉTODO

Estudio con enfoque cualitativo, desarrollado en una Estrategia Salud de la Familia (ESF) de un municipio ubicado en el sur de Brasil, siguiendo los ítems que recomienda la guía *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ). Cuando se realizó la recolección de datos, el equipo de salud estaba compuesto por dos enfermeras, una de ellas formaba parte del programa de residencia universitaria, un médico, una técnica en enfermería y cinco agentes comunitarios de salud.

Las participantes de la investigación fueron veinte gestantes que consumían sustancias psicoactivas y asistieron a consultas prenatales en el mencionado servicio. Los criterios de inclusión para este estudio fueron: ser gestante usuaria de sustancias psicoactivas, realizar el control prenatal con un médico o enfermera de la ESF y tener 18 años o más. Los criterios de exclusión fueron estar bajo la influencia de sustancias psicoactivas al momento de la recolección de datos o tener limitaciones para comunicarse.

La ambientación y recolección de datos se realizaron entre agosto y noviembre de 2022. El objetivo del proceso de ambientación fue permitirle a la investigadora acercarse a las gestantes, con el fin de establecer un vínculo y una relación de confianza. Durante este período, la investigadora realizó un seguimiento de las actividades de los grupos de salud y de las consultas prenatales con la enfermera de la ESF.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante entrevistas abiertas, que fueron realizadas por un miembro del equipo de investigación, estudiante de grado en enfermería, que ya tenía experiencia previa en la recolección de datos para investigaciones científicas. Las entrevistas siguieron un cuestionario predefinido, con la caracterización de las gestantes y las siguientes preguntas orientadoras: ¿Cómo crees que te ven los profesionales de la salud por estar embarazada y consumir sustancia(s) psicoactivas? y ¿Cómo consideras la atención que recibes durante la atención prenatal?

Las entrevistas fueron programadas con antelación, previamente, durante el período de abordaje, se invitó a participar a las gestantes, inmediatamente después de las consultas prenatales o de las actividades grupales de educación para la salud. Los diálogos se llevaron a cabo de forma individual, algunos en una sala reservada del servicio y otros en el domicilio, según el deseo y la disponibilidad de la gestante. Los registros fueron grabados mediante medios digitales y tuvieron una duración promedio de 35 minutos.

Después de la recolección de los datos, las declaraciones fueron transcritas completamente y controladas por la orientadora, líder del equipo de investigación, para garantizar la confiabilidad de las transcripciones y la veracidad de los datos.

Los datos fueron sometidos a análisis de contenido temático en tres etapas: preanálisis, exploración del material e interpretación de los resultados¹⁴. Para garantizar el anonimato de los participantes, los testimonios fueron codificados con la letra G, de gestante, seguido de un numeral que representa el orden en que se realizaron las entrevistas. Por consiguiente, fueron identificados del G1 al G20.

Durante todas las fases de planificación y realización de este estudio, cuyo protocolo fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, se siguieron los principios éticos, previstos en las resoluciones del Consejo Nacional de Salud brasileño (CNS), para la investigación con seres humanos¹⁵. Los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI).

RESULTADOS

Participaron en el estudio 20 gestantes, con edades entre 20 y 41 años, y todas informaron que ya tenían hijos. De ellas, 18 tienen antecedentes familiares de consumo de drogas por parte de padres, hermanos o parejas actuales. En cuanto a la educación, una tiene educación secundaria, cuatro estudiaron en el programa de Educación para Jóvenes y Adultos (EJA), mientras que 15 tienen educación básica. En lo que respecta a la profesión, siete dijeron que eran “amas de casa”, cinco trabajan en el rubro comercial y ocho están desempleadas.

En cuanto al tipo de sustancias psicoactivas, las gestantes son usuarias de múltiples drogas como tabaco, cocaína, crack, marihuana y bebidas alcohólicas.

De la decodificación de los datos obtenidos en las entrevistas a través del análisis de contenido, surgieron tres ejes temáticos, a saber: ¡Ahí viene otro(a)!, Establecer un orden sujeto-objeto y (In)Satisfacción con la atención recibida.

¡Aquí viene otro(a)!

La representación sobre estar embarazada y usar SPA, desde la perspectiva de las gestantes, es que son mujeres que no se preocupan por el desarrollo del bebé, y que están débiles porque no pueden dejar de consumir drogas. Se observa que la relación profesional-embarazada se siente como un juicio, como se puede ver a continuación:

Deben pensar: “¡Imagínate! ¡Va por el tercer hijo y sigue fumando!” La gente piensa eso, pero cuando fui a la consulta me trataron muy bien. (G10)

¡Sé que deben pensar que soy débil! Deben pensar: ¿cómo no dejo de consumir? ¡Que no pienso en mi bebé! Pero no es tan fácil dejarlo, es muy difícil, nunca he podido, pero sé que no se puede consumir y rezo para que no suceda porque mucha gente consume y está bien, pero lo ideal es no hacerlo. (G13)

Se puede ver que los profesionales de la salud utilizan una forma de comunicación no violenta, pero deben demostrarla no sólo con el diálogo, sino también con miradas de acogida, escucha calificada, para que la gestante no tenga pensamientos distorsionados y se retraiga, como se puede observar en el discurso:

Dicen que debería dejar de consumir porque es malo para mi bebé y no puedo dejar de hacerlo. Creo que deben pensar que ella no me importa, pero sí, simplemente no puedo soportarlo, y eso me pone triste. Me siento impotente porque no puedo contener mi deseo de consumir. (G12)

Es evidente que las gestantes hacen una autocrítica sobre su propia situación porque no pueden dejar de consumir sustancias. Y, además, la crítica sobre el uso durante el embarazo se ve reforzada por los profesionales de la salud, por la forma en la que se acercan y se comunican con ellas. Además, de las declaraciones se desprende que las gestantes creen que la visión que tienen los profesionales de la salud sobre ellas es que son incapaces, impotentes, negligentes, que no pueden cuidar al bebé porque no pueden cuidarse a sí mismas:

Creo que me ven como una madre que no se preocupa por su hijo, simplemente porque no puedo hacer las cosas bien. Llego tarde a la consulta, ¡me olvido! Entonces tengo que reprogramar. Y no dicen nada, no me insultan, pero deben pensar: esa mujer debe estar todo el día consumiendo y se olvida de la vida, se olvida del bebé. Pero no es así, sé que consumo, que me pierdo la consulta, pero lo intento. Por supuesto, después de que todo termina, me da vergüenza faltar a la consulta. (G15)

Me tratan bien, pero siempre dicen lo mismo que no hay que consumir. Siempre hablan y yo hago de cuenta que no los escucho. Así que ya no les doy motivos para hablar mal de mí o criticarme, por un lado. Pero por

otro lado deben pensar ¿cómo voy a cuidar a un bebé si ni siquiera me cuida a mí misma? Siento que me presionan. (G17)

También expresan que la forma en la que las abordan los profesionales de la salud durante el control prenatal las hace sentir presionadas y que les exigen, y les generan sentimientos negativos como vergüenza, miedo y enojo. Esto denota que existen vacíos en la relación intersubjetiva entre profesionales y gestantes usuarias de sustancias psicoactivas, y que es necesario que haya una comunicación mediada por el respeto y la empatía para ampliar el diálogo, para que puedan comprenderlas mejor y se sientan acogidas según sus particularidades.

Establecer un orden sujeto-objeto

Las gestantes mencionan que saben cuáles son las posibles consecuencias que el uso de sustancias psicoactivas durante el período gestacional puede provocar en el desarrollo del bebé. Sin embargo, a pesar de ser conscientes, no pueden dejar de consumir. Y el constante consejo de los profesionales de la salud de dejar el consumo debilita la relación entre ellos, dado que las gestantes sienten que el consejo de dejar de consumir es una imposición, que establece un orden sujeto-objeto:

Recibo buena atención, lo único que me aconsejan es que intente dejar de consumir. Porque sabemos que no es bueno. Lo intento, los escucho, pero me cuesta dejarlas. Dejarlas de un momento a otro es muy difícil. ¡Me siento frustrada! (G1)

Lo primero es el tema de las drogas, que siempre decían: “¡tienes que dejarlas!” Como que entendí que quieren ayudarme para que no haya ningún problema, que no afecte al bebé. (G7)

Las gestantes expresan la dificultad que tienen para relacionarse con el profesional de la salud mientras se desarrolla el diálogo sobre dejar el consumo de sustancias. Sin embargo, manifiestan que ya lo habían intentado y habían fracasado, eso les genera frustración, tristeza, enojo, además acentúa el miedo a que ocurra algo negativo en el desarrollo del bebé:

Me dan una lección de moral: ¡Tienes que dejar de fumar marihuana porque si no el bebé nacerá con problemas!” No hace falta que me lo digas, ya me lo sé de memoria. Soy consciente de que lo que hago puede causarle problemas. Por supuesto que no me hace feliz causarle problemas, pero lo hago igual. (G3)

Aquí me atienden muy bien, pero siempre me salen con lo mismo: ¡le estás haciendo daño al bebé! ¡Debes hacer un esfuerzo y pensar en lo mejor para el bebé! [...] sé que deben decir la verdad, por eso están ahí. Pero para quien escucha, es muy feo. Y sé que puede ser un problema, pero no puedo dejar de consumir. (G16)

La insistencia del equipo de salud en que las gestantes dejen de usar SPA es una forma de opresión, dado que revela la dificultad que tiene los profesionales para abordar el tema, y demuestra que es necesario que establezcan una comunicación más eficaz y humanizada:

Ellos [los profesionales de la salud] insisten en que deje de consumir. La verdad es que no puedo, me da miedo, me molesta y por eso es aún más difícil dejarlas. (G17)

Es importante destacar que las gestantes no hablaron de atención diferenciada ni de que se les brinde atención en otros servicios que integran la Red de Atención Psicosocial. Eso refleja que los profesionales de la salud están descuidando la salud mental de las gestantes, lo que se manifiesta a través de una relación distante. La atención prenatal gira en torno al uso de SPA y al desarrollo del bebé y no tiene en cuenta las particularidades de la gestante.

(In)Satisfacción con la atención recibida

En cuanto a la satisfacción con la atención recibida, las gestantes informan que obtienen información y orientación que consideran importante, y que reciben explicaciones sobre las transformaciones que implica el embarazo. Además, mencionan la importancia que tiene la atención que reciben de la enfermera:

La enfermera me atendió muy bien. Siempre me aconsejan que tenga cuidado con la medicación que tengo que tomar, que es para la anemia. Que use siempre repelente y todo. Siempre me brindan orientación, son excelentes profesionales. Escucho bien la orientación. (G1)

No me importa mucho si el médico se acerca a mí. Las enfermeras son mejores porque saben más sobre el embarazo que un médico clínico. Y no necesitan apretar esa enorme barriga, porque es demasiado grande. Entonces con la enfermera, yo con ella, me siento segura. (G3)

Otro factor relevante es que se sienten bien atendidas durante el embarazo, pero con respecto al uso de SPA mencionan que insisten en que lo suspendan:

Tengo muy buen apoyo en el lugar. Ellas [las enfermeras] siempre me explicaron todo muy bien, fueron muy pacientes y tranquilas al explicarme. Como era mi primer embarazo no sabía nada y siempre me explicaron todo lo que pasa durante el embarazo. Son muy buenas, muy atentas. Pero siempre me decían que intentara dejar de consumir, pero no podía. (G9)

Por lo tanto, en lo que respecta a la insatisfacción con la atención recibida, denuncian falta de tecnologías en los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) para monitorear el desarrollo del bebé, dificultad para recibir atención debido a la saturación del servicio y demoras en la atención:

Te voy a ser muy sincera, aquí en el puesto de salud, como en este caso, te dan turno y entonces tiene que ser a esa hora. Luego llegas aquí, pasan 500 adelante tuyo y luego te quedas ahí esperando a que te atiendan y demoran mucho, en cambio el servicio, las consultas fueron buenas. (G4)

A veces quiero programar una consulta. Entonces no puedes porque la agenda está llena. No puedo salir de aquí hoy, tener la consulta prenatal y volver mañana. Lo que quiero es que mejore la programación de los turnos. (G6)

En el puesto de salud pasa eso, más o menos, no hay mucha tecnología para ver realmente si hay alguna alteración. Vengo sólo para que pueda ver mis exámenes. Mi prenatal no está siendo tan maravilloso. (G8)

Por consiguiente, esta categoría revela la satisfacción de las gestantes con la atención que reciben de los enfermeros y la importancia de la acogida, del diálogo y de que se les brinden orientación y explicaciones a las mismas, además también denota la insatisfacción relacionada con la forma en que se desarrolla el proceso de trabajo, la escasez de tecnologías y la dificultad para brindar atención.

DISCUSIÓN

La representación desde la perspectiva de las gestantes, sobre la forma en la que ellas creen que las ven los profesionales de la salud, remite a la imagen de que ellas no son capaces de cuidar al bebé ni de cuidarse a sí mismas, además las hace sentir impotentes y negligentes. Los estudios muestran que el sentimiento de culpa e inseguridad, combinado con el hecho de que no cumplen con un estándar social ideal de madre, refuerza el estigma y el prejuicio que existe contra las gestantes^{12,16}.

Por ende, se considera que las razones por las cuales las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas no acuden a los servicios de salud tiene que ver con que se sienten etiquetadas, han tenido una experiencia negativa en un servicio, fueron estigmatizadas o víctimas de prejuicio. Eso provoca que ya no participen activamente en la atención prenatal o que creen una barrera para la atención médica^{3,8}.

Por otro lado, la constante insistencia de los profesionales de la salud para que las gestantes dejen de consumir sustancias hace que aumenten los sentimientos negativos que tienen, tales como vergüenza, culpa, enojo y debilidad por no poder hacerlo. También refuerza el estigma de que las mujeres que consumen sustancias psicoactivas no tienen la capacidad de cuidarse a sí mismas o a su bebé, lo que puede llevarlas a abandonar el servicio de salud y debilitar la relación de confianza entre ellas y los profesionales de la salud. El consumo de sustancias también afecta las relaciones sociales y familiares¹⁷.

Incluso en la situación de riesgo en la que se pueden encontrar las gestantes usuarias de SPA, predomina el deseo de ser madre y la preocupación por el bienestar y desarrollo del bebé. Si bien son conscientes de las consecuencias que la sustancia puede provocar al bebé, el uso no se debe a la intención de dañar al bebé, sino a la dependencia¹⁸. Además, cuando se impone y se presiona a las gestantes para que dejen de consumir sustancias psicoactivas, el profesional de la salud no les ofrece la posibilidad de implementar acciones para reducir el daño.

Dados que las gestantes mencionan que no pueden dejar de consumir SPA, una estrategia importante a considerar es la reducción de daños. Les corresponde a los profesionales de la salud orientarlas y discutir con ellas esa posibilidad. Controlar la abstinencia en las mujeres durante el período embarazo-puerperio es difícil de lograr, lo que las lleva a vivir en una situación de dependencia¹⁹.

Es importante que el profesional de la salud comprenda que los cambios hormonales, los cambios en el estilo de vida, la incertidumbre y la frustración por no dejar de consumir SPA y no poder hacerlo aumentan los sentimientos negativos de la gestante. Por ende, es necesario abordar la reducción de daños durante la atención prenatal. Sin embargo, algunos profesionales no se sienten seguros ni respaldados para recomendarla durante el período gestacional. Para lograrlo, el profesional de la salud debe crear un vínculo y comprender la realidad de la mujer para garantizar una atención personalizada²⁰.

Es importante saber que el profesional de la salud que trabaja en la atención primaria es responsable de establecer la promoción, prevención, protección de la salud y reducción de daños en los diferentes centros de atención, y articular las Redes de Atención en Salud (RAS), que es la principal puerta de entrada a los servicios de salud. Por lo tanto, hay que garantizar los derechos que tienen las gestantes desde el cuidado prenatal hasta el parto y el puerperio, según sus necesidades¹⁸⁻²¹. Por ende, la derivación y contraderivación en la RAS no puede ser menor a la deseada²².

Es necesario derivar a la gestante a otros servicios que componen la Red de Atención en Salud y la Red de Atención Psicosocial, si la gestante lo desea. Además, a través de la consulta de enfermería durante la atención prenatal, el enfermero puede orientar a la usuaria sobre su salud, con el fin de brindar soluciones a través de intervenciones clínicas y derivaciones, para reducir la morbilidad y mortalidad materna, perinatal y neonatal.

En cuanto a la satisfacción con la atención recibida, el que se destaca es el enfermero, dado que las gestantes manifestaron que les brindaba una atención diferenciada, en la que resuelve sus dudas, les explica y las orienta, y satisface sus necesidades²³. La participación efectiva del enfermero en la realización y el seguimiento de las consultas prenatales ayuda a la gestante con sus dudas e inseguridades durante el período embarazo-puerperio²⁴. Compartir e intercambiar información y conocimiento favorece la adherencia a los servicios de salud, a fin de reducir posibles complicaciones y mejorar la calidad de la atención brindada²⁵.

Sin embargo, un estudio revela que los profesionales de la salud en la atención primaria tienen dificultades para atender a personas que usan sustancias psicoactivas, ya que muchos no pueden mantener una buena comunicación con esa población o no están capacitados para brindarles atención¹⁰. Las dificultades que hay en torno a la atención de la salud de las gestantes que utilizan sustancias psicoactivas implican prejuicios que, combinados con la falta de conocimiento y capacitación de estos profesionales, provocan el debilitamiento y la ruptura del vínculo con la gestante⁸.

Ello demuestra que es necesario que los equipos de atención primaria reciban educación continua sobre salud mental, especialmente para poder brindarle atención a las gestantes que usan sustancias, dado que esta población está estigmatizada y sufre prejuicios¹⁰. Por lo tanto, el perfeccionamiento profesional en el área de la salud mental y el conocimiento del flujo de la RAS, garantiza la atención integral de ese público²².

En cuanto a la insatisfacción con la atención que brindan los profesionales de la salud en la APS, la dificultad para programar consultas y la demora en la atención debido a la excesiva demanda, producto del proceso de trabajo de los profesionales, y la baja oferta de tecnologías, fueron contrapuntos negativos de la atención. Por ende, este ámbito de atención debe ser un lugar que brinde atención calificada, basada en lo que pueda servir para mejorar el flujo con los recursos existentes, así como una atención humanizada y respetuosa para la población de gestantes usuarias de sustancias psicoactivas.

Limitaciones del estudio

Como limitaciones de esta investigación destacamos la dificultad para acceder a gestantes usuarias de sustancias psicoactivas, así como la recolección de datos en una región específica, que limita la generalización de los resultados.

CONSIDERACIONES FINALES

Según la percepción de las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas, la atención prenatal es impersonal, puntual y vertical. Los profesionales de la salud demuestran falta de conocimiento y falta de preparación para atenderlas. Es evidente que la forma en que los profesionales de la salud ven y atienden a las gestantes usuarias de sustancias psicoactivas durante el control prenatal indica que no reciben una atención integral y que la atención no satisface sus necesidades de salud.

La representación de sí mismas, a partir de cómo estas mujeres perciben la mirada del profesional, revela que tienen sentimientos negativos, se sienten incapaces y negligentes, que intensifica el estigma y los prejuicios, y puede llevarlas a abandonar la atención prenatal. Esto denota la exigencia que hay sobre el rol social que asumen las mujeres, dado que ser consumidora de sustancias psicoactivas pesa más sobre las mujeres, lo que refuerza las diferencias de género aún presentes en la sociedad.

La presión y exigencia presente en la comunicación para que dejen de consumir sustancias psicoactivas prevalece sobre las consultas, e impide que se establezca una comunicación efectiva y que se comprendan las necesidades desde una mirada que se preocupe por la salud mental de la gestante y por su autonomía. Además, los profesionales de la salud trivializan la falta de atención en red y la reducción de daños. Por ende, es necesario que los profesionales de la salud reciban educación continua para brindar una atención prenatal que tenga en cuenta la salud mental de la gestante.

La atención prenatal que brinda el enfermero demostró ser eficaz, dado que orienta, explica y responde las dudas de la gestante, porque permite que se establezca una comunicación efectiva. Por otro lado, las demandas excesivas del proceso de trabajo dificultan el acceso a los servicios de salud y producen demoras en las consultas, además, la falta de tecnología utilizada en la atención primaria se consideró otro punto de insatisfacción con la atención recibida.

Este estudio demuestra lo importante que es estar atento a cómo se sienten las gestantes que usan sustancias psicoactivas sobre la atención que reciben y cómo se las atiende en la APS. Se infiere que es urgente capacitar a los profesionales para cualificar la atención de la salud materno-infantil y la salud mental de las gestantes que utilizan estas sustancias.

REFERENCIAS

1. Dias EG, Anjos GB, Alves L, Pereira SN, Campos LM. Ações do enfermeiro no pré-natal e a importância atribuída pelas gestantes. *SUST*. 2018 [cited 2023 Apr 19]; 6(1):52-62. DOI: <https://doi.org/10.12957/sustinere.2018.31722>.

2. Cesar JA, Mendoza-Sassi RA, Marmitt LP. Evolução da assistência à gestação e ao parto no extremo sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2021 [cited 2023 Apr 13]; 55:50. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003128>.
3. Barry JM, Birnbaum AK, Jasin LR, Sherwin CM. Maternal exposure and neonatal effects of drugs of abuse. *J Clin Pharmacol*. 2021 [cited 2023 Mar 14]; 1(Suppl 2):S142-55. DOI: <https://doi.org/10.1002/jcph.1928>.
4. Shukla S, Zirkin LB, Pomar EG. Perinatal drug abuse and neonatal drug withdrawal. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [cited 2023 Mar 14]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085603/>.
5. Peltier MR, Roberts W, Verplaetse T, Burke C, Zakiniaez Y, Moore K, et al. Licit and illicit drug use across trimesters in pregnant women endorsing past-year substance use: Results from National Survey on Drug Use and Health (2009-2019). *Arch Womens Ment Health*. 2022 [cited 2023 Jul 12]; 25(4):819-27. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01244-6>.
6. Baronian MK, Sousa GTP, Fronteira EC, Matsumoto SB, Toledo VACP, Bonini LMM. O uso de drogas lícitas e ilícitas na gravidez: causas e consequências. *Recima21*. 2021 [cited 2022 May 19]; 2(11):e211974. DOI: <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i11.974>.
7. Pfeifer LR, Haile ZT. Unmet mental health care needs and illicit drug use during pregnancy. *J Addict Med*. 2021 [cited 2023 Jul 12]; 15(3):233-40. DOI: <https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000752>.
8. Lima MF, Nascimento CAD. Gestantes usuárias de crack: representações relacionadas à gestação e maternidade: gestantes que usam crack: representações relacionadas à gravidez e à maternidade. *RGC*. 2022 [cited 2023 Jul 12]; 16(2):602-18. Available from: <https://ojs.revistagc.com.br/ojs/index.php/rgc/article/download/197/222/627>.
9. Marangoni SM, Gavioli A, Dias LE, Haddad MCFL, Assis FB, Oliveira MLF. Vulnerability of pregnant women using alcohol and other drugs in low-risk prenatal care. *Texto contexto-enferm*. 2022 [cited 2023 Jul 12]; 31:e20210266. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0266en>.
10. Silveira JO, Sena LO, Santos NO, Tisott ZL, Marchiori MRCT, Soccol KLS. Assistência à saúde de pessoas que fazem uso abusivo de drogas em Estratégias Saúde da Família: Revisão da Literatura. *Disciplinarum Scientia*. 2021 [cited 2023 Apr 09]; 22(1):291-301. DOI: <https://doi.org/10.37777/dscs.v22n1-023>.
11. Pedraza DF, Gomes AP. Atenção pré-natal e contexto social de usuárias da Estratégia Saúde da Família em municípios do estado da Paraíba, Brasil. *Rev. Cienc. Salud*. 2021 [cited 2023 Jul 12]; 19(2):55-78. DOI: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10600>.
12. Ventura J, Perim L, Corrêa L, Scarton J, Gomes G, Brum A. Representações sociais acerca da frequência de atendimentos de mulheres usuárias de crack. *CONJ* 2022 [cited 2023 Apr 07]; 22(14):221-32. DOI: <http://dx.doi.org/10.53660/CONJ-1768-2K02C>.
13. Rodrigues RPGTO, Santos AAP, Santos WB, Oliveira JCS, Teixeira LM, Holanda JBL. O uso de substâncias psicoativas lícitas na gestação: representações sociais de mulheres. *Recien*. 2022 [cited 2023 Jun 09]; 12(38):194-205. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.194-205>.
14. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70; 2016.
15. Ministério da Saúde (Br). Resolução Nº466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprova as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 2012 [cited 2023 Jun 09]; Available from: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
16. Camargo PO, Oliveira MM, Herreira LF, Martins MFD, Luft CF, Kantorski LP. The confrontation of the stigma experienced by women / mothers who use crack. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2018 [cited 2023 May 14]; 14(4):196-202. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000354>.
17. Kaled M, Capistrano FC, Ferreira ACZ, Maftum MA, Mantovani MF, Palm RDCM. Multidimensionality of severity of psychoactive substances related to addiction severity index-6. *Cogitare enferm*. [cited 2023 Apr 07]; 25:e70636. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v25i0.70636>.
18. Livramento DVP, Backes MTS, Damiani PR, Castillo LDR, Backes DS, Simão AMS. Perceptions of pregnant women about prenatal care in primary health care. *Rev Gaúcha de Enferm*. 2019 [cited 2022 Dec 12]; 40:e20180211. DOI: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>.
19. Pereira MV, Macêdo AMB, Mattos CSL. Abordagem multiprofissional quanto ao uso e abuso de drogas durante gestação: Usuárias do CAPS AD III. *Rev. Rede cuid. saúde*. 2021 [cited 2023 Jul 12]; 16(1):44-62. DOI: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/rcs/article/view/6316>.
20. Tamashiro EM, Milanez HM, Azevedo RCS. "Because of the baby": reduction on drug use during pregnancy. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant*. 2020 [cited 2023 Apr 15]; 20(1):319-23. DOI: <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100017>.
21. Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília; 2017 [cited 2023 Jul 12]; Available from: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html.
22. Brondani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM, Noal HC, Perrando MS. Challenges of referral and counter-referral in health care in the workers' perspective. *Cogitare Enferm*. 2016 [cited 2023 Jun 09]; 21(1):1-8. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/43350/27701>.
23. Sehnem GD, Saldanha LS, Arboit J, Ribeiro AC, Paula FM. Prenatal consultation in primary health care: weaknesses and strengths of Brazilian nurses' performance. *Referência*. 2020 [cited 2023 Jun 09]; 5(1):e19050. DOI: <https://doi.org/10.12707/RIV19050>.
24. Trigueiro TH, Arruda KA, Santos SD, Wall ML, Souza SRRK, Lima LS. Pregnant women's experiences on the nurse consultation for the construction of a delivery plan. *Esc. Anna Nery*. 2022 [cited 2023 Apr 11]; 26:e20210036. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0036>.
25. Amorim TS, Backes MTS, Carvalho KM, Santos EKA, Dorosz PAE, Backes DS. Nursing care management for the quality of prenatal care in Primary Health Care. *Esc. Anna Nery* 2022 [cited 2022 May 19]; 26:e20210300. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0300>.



Artículo de Investigación
Artigo de Pesquisa
Research Article

Zago MV, Soccol KLS, Tisott ZL, Marchiori MRCT, Vasconcelos J
Atención prenatal a usuarias de sustancias psicoactivas

DOI: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.83062>

Contribuciones de los autores

Concepción, M.V.Z., J.V. y K.L.S.S.; metodología, M.V.Z., J.V. y K.L.S.S.; validación, M.V.Z., J.V., D.S.B., Z.L.T., M.R.C.T.M. y K.L.S.S.; análisis formal, M.V.Z., J.V., D.S.B., Z.L.T., M.R.C.T.M. y K.L.S.S.; investigación, M.V.Z., J.V. y K.L.S.S.; curaduría de datos, M.V.Z., J.V., K.L.S.S., D.S.B., Z.L.T. y M.R.C.T.M.; redacción – original preparación de borradores, M.V.Z., J.V., D.S.B., Z.L.T., M.R.C.T.M. y K.L.S.S.; revisión y edición, M.V.Z., J.V., D.S.B., Z.L.T., M.R.C.T.M. y K.L.S.S.; visualización, M.V.Z., J.V., D.S.B., Z.L.T., M.R.C.T.M. y K.L.S.S.; supervisión, M.V.Z., J.V. y K.L.S.S.; administración del proyecto, M.V.Z., J.V. y K.L.S.S. Todos los autores leyeron y estuvieron de acuerdo con la versión publicada del manuscrito.

