



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**

**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**



**BEATRIZ MARIA RIBEIRO ASTOLPHI**

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE PREVENÇÃO AO USO  
DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: SAÚDE E DIREITOS**

**RIBEIRÃO PRETO**  
2018



**PROGRAMA DE APRIMORAMENTO  
PROFISSIONAL**  
**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE**  
**COORDENADORIA DE RECURSOS HUMANOS**



**BEATRIZ MARIA RIBEIRO ASTOLPHI**

**ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE PREVENÇÃO AO USO  
DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: SAÚDE E DIREITOS**

Monografia apresentada ao Programa de Aprimoramento Profissional na Área da Saúde – PAP/CRH/SES-SP, elaborada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – USP/ Departamento de Psiquiatria da Infância e Adolescência.

**Área:** Abordagem multidisciplinar em prevenção e atenção ao uso de álcool e drogas na comunidade

**Orientador:** Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

**Supervisor Titular:** Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado

RIBEIRÃO PRETO  
2018

**ASTOLPHI, BEATRIZ MARIA RIBEIRO**

**BIBLIOTECA CENTRAL DA USP RIBEIRÃO PRETO**

FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO – USP

TOMBO:\_\_\_\_\_ SYSNO:\_\_\_\_\_

**MONOGRAFIA 2018**

“ANÁLISE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS DE  
PREVENÇÃO AO USO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO: SAÚDE  
E DIREITOS”

ALUNA: BEATRIZ MARIA RIBEIRO ASTOLPHI

ORIENTADOR: PROF. DR. ERIKSON FURTADO

SUPERVISOR: PROF. DR. ERIKSON FURTADO

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.

ASTOLPHI, Beatriz Maria Ribeiro

Análise das Políticas Públicas Brasileiras de Prevenção ao Uso de Álcool na gestação: Saúde e Direitos/ Beatriz Maria Ribeiro Astolphi; orientador, Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado. Ribeirão Preto – 2018.

41 f.

Trabalho de conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

1. Álcool. 2. Gestação. 3. Prevenção. 4. Síndrome Fetal do Álcool.

ASTOLPHI, B. M. R. **Análise das políticas públicas brasileiras de prevenção ao uso de álcool na gestação: saúde e direitos**. 2018. Monografia (Aprimoramento Profissional em Abordagem Multidisciplinar em Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) – Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

**Aprovado em:** \_\_\_\_\_

**Banca Examinadora**

Prof. Dr. Erikson Felipe Furtado (Supervisor) \_\_\_\_\_

Marcia Arruda Fajardo (Presidente da COPAP) \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço coração a todos que, de alguma forma contribuíram para a realização desta monografia. Ao Prof. Dr. Erikson Furtado pela oportunidade, ensinamentos, e contribuições, imprescindíveis para a realização deste trabalho.

Ao meu namorado Pedro e amigas Ana Laura Busa e Camila Prodocimo por contribuírem com suas opiniões a este projeto e pelo apoio e companheirismo durante todas as dificuldades.

À toda equipe da Psiquiatria Infantil HC/USP-RP e da Pós-Graduação em Saúde Mental por fazerem parte do dia-a-dia e contribuírem para construção e desenvolvimento profissional e pessoal.

À Lia, pelo apoio de todos os dias e encorajamento para continuar.

Aos amigos e colegas de aprimoramento pelo desenvolvimento pessoal e profissional ao longo do último ano.

Aos familiares e amigos pelo amor e apoio contínuos.

“Agora eu sei: **sou só.**  
Eu e minha liberdade que  
não sei usar.  
Grande **responsabilidade**  
**da solidão.**”  
(Clarice Lispector, Água  
Viva)

## RESUMO

ASTOLPHI, B. M. R. **Análise das políticas públicas brasileiras de prevenção ao uso de álcool na gestação: saúde e direitos**. 2018. 41 f. Monografia (Aprimoramento Profissional em Abordagem Multidisciplinar em Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) – Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

A gestação é um período transitório e com intensas mudanças no organismo feminino, acarretando mudanças no psiquismo da mulher que gesta e em seu papel sociofamiliar. Durante essa fase, a ligação que existe entre a gestante e o feto é caracterizada pela permeabilidade da placenta, quando a gestante consome álcool, a substância terá efeitos sobre seu organismo e do feto em formação. As possíveis consequências são Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, o bebê que nasce pode apresentar dismorfologias faciais, comprometimento no crescimento, na cognição e comportamentais, dentre outros. A única forma de evitar esses acometimentos é o não consumo de álcool durante o período de gestação e aleitamento. Apesar de facilmente prevenível, estima-se que no Brasil nasçam de 3000 a 9000 novos bebês com algum comprometimento acarretado pelo álcool, números que demonstram um caso sério de saúde pública com poucas ações de prevenção a nível nacional. Por esses motivos, o presente trabalho buscou analisar a legislação brasileira, identificando o que já é apontado como diretrizes nos direitos à saúde, direitos da mulher e direitos da criança e adolescente. Desde a Constituição de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde e do Estatuto da Criança e do Adolescente, os cidadãos brasileiros têm direitos à saúde de forma integral com foco na promoção de saúde e prevenção de agravos. Para isso, leis e políticas públicas surgiram, entendendo a necessidade de acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Porém, os dispositivos não atuam de forma eficiente no acolhimento das mulheres com transtornos mentais e uso de álcool, havendo pouca disponibilidade de informações e cuidados. As poucas ações de prevenção com a finalidade de alertar para prejuízos do consumo de álcool demonstram a

necessidade de uma política específica de abrangência nacional, da mesma forma como é realizado no Canadá.

**Palavras-chave:** álcool; gestação; prevenção; síndrome fetal do álcool.

## ABSTRACT

ASTOLPHI, B. M. R. **Analysis of the Brazilian public policies of prevention to the use of alcohol in pregnancy: health and rights.** 2018. 41 f. Monografia (Aprimoramento Profissional em Abordagem Multidisciplinar em Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade) – Hospital Das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

Pregnancy can be stated as a transitory period which promote intense changes in women's body resulting in consequences in their socio role and psyche. During this stage, the bound between pregnant and fetus is controlled by the placenta permeability. The alcohol consumption in pregnancy should affect the fetus from changes in brain structure, cognitive impairments, behavior problems and others features. Theses consequences are well known as Fetal Alcohol Spectrum Disorder. The only way to prevent this disability is total abstinence from alcohol consumption during pregnancy and breast feeding. Although easily preventable, in Brazil are born from 3000 to 9000 new babies with consequence due to alcohol consumption, numbers that demonstrate a serious case of public health with few actions of prevention at national level. For these reasons, the present work sought to analyse Brazilian legislation in order to identify guidelines on health, women's, children and adolescent's rights. Since 1988 Brazilian's constitution, the creation of a health unique system and the child and adolescent's rights, Brazilian citizens have full health rights with a focus on the promotion of health and prevention of harm. For this reason, laws and public policies arose, understanding the need to welcome woman from the beginning of the pregnancy, assuring the birth of a healthy child and guarantee of maternal and neonatal wellbeing at the end of gestation. However, the devices do not operate efficiently in reception of women with mental disorders and alcohol use, with little availability of information and care. The few prevention actions aimed at alerting loss of alcohol consumption demonstrate the need of a specific national policy, in same way as it is done in Canada.

**Key words:** alcohol; pregnancy; prevention; fetal alcohol syndrome.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	11
1.1 Álcool no Brasil e no mundo.....	11
1.2 Álcool e gestação.....	11
1.3 Álcool e fetos, Síndrome Fetal do Álcool e Distúrbios do Espectro da Síndrome Fetal do Álcool.....	13
<b>2 OBJETIVO</b> .....	15
<b>3 DIREITOS EM SAÚDE</b> .....	15
3.1 SUS, uma história de direitos.....	15
3.2 SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira.....	17
3.3 Políticas sobre Álcool.....	17
3.4 Rede de Atenção Psicossocial.....	19
3.5 Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e o papel na Saúde das Gestantes e Fetos, e o papel na Saúde Mental.....	21
<b>4 DIREITOS E SAÚDE DA MULHER</b> .....	22
4.1 Direitos da Mulher e Direitos da Gestante.....	22
4.2 Saúde Mental das Mulheres Gestantes e Agravos.....	23
<b>5 DIREITOS E SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE</b> .....	25
5.1 Direitos da Criança e do Adolescente.....	25
5.2 Agravos do Álcool à Saúde da Criança e do Adolescente.....	27
<b>6 AÇÕES DE PREVENÇÃO NO BRASIL E NO MUNDO</b> .....	28
6.1 Estratégias de Prevenção no Canadá.....	29
6.2 Ações de Prevenção no Brasil.....	29
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	30
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	34
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	35

## **1 INTRODUÇÃO**

### **1.1 Álcool no Brasil e no Mundo**

O álcool é a droga psicoativa mais usada entre as populações da maioria dos países, difundido para diversos fins, seja como celebração ou no sofrimento, libera inibições, relaxando e, por isso, para muitos é uma companhia nos eventos sociais para facilitar a diversão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Apesar de implicar riscos relativamente baixos, o álcool, para algumas pessoas, acarreta em danos diversos, tanto em esfera social quanto individual (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). O uso problemático dessa substância é uma condição grave que acomete cerca de 10% da população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

No documento elaborado pela Ministério da Saúde, Álcool e Redução de Danos (2004), foi identificado que, depois do tabaco, o álcool é a segunda maior causa de mortes relacionadas a drogas. Na maioria dos países, o álcool tem um impacto ainda maior em termos de mortes, ferimentos e custos econômicos se comparado com as drogas ilícitas, tem impacto em qualquer estágio de doença, em todos os grupos etários, de maneira direta e indireta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Para grande parte da população de países onde o consumo de álcool é lícito, esta é uma substância socialmente aceita, há uma sugestão implícita de que o álcool é diferente das “outras drogas”, de certa forma mais seguro, pelo fato de ser legal. Porém, legalidade não confere segurança (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Isso pode ser visto nos dados apresentados pelo Relatório Brasileiro sobre Drogas da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, onde 45% da amostra entrevistada, que beberam nos últimos 12 meses anteriores à pesquisa, alegaram ter tido problemas em diversas esferas (SENAD, 2009).

### **1.2 Álcool e Gestação**

Dentre o grupo de pessoas em que o álcool acarreta danos, uma população é, particularmente, mais vulnerável e com as consequências mais sérias do uso de álcool, a população de gestantes que o consomem. O uso do álcool durante a gestação foi verificado como prejudicial à saúde de ambos, feto e mãe. Em mulheres grávidas que bebem, a placenta é totalmente permeável à passagem do

álcool para o feto, ou seja, a alcoolemia fetal é bastante similar à materna (COLES et al., 1991).

A particularidade e vulnerabilidade deste grupo está em que, todo e qualquer consumo realizado durante o período gestacional e pós-natal poderá acarretar em alguma consequência no desenvolvimento do feto e da mãe exposto à substância (FURTADO e FABRI, 1999). Como o álcool intoxica principalmente organismos muito jovens, mulheres que bebem durante a gravidez têm uma incidência maior de parto prematuro, parto acelerado ou abortos retidos e abortos espontâneos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Pesquisas que analisaram a prevalência de mulheres que seriam consumidoras de álcool durante a gestação, identificaram que esses números variam conforme os questionários utilizados, sendo de 17,8 a 40% as taxas de mulheres que se mantiveram consumindo álcool até o final da gestação, enquanto o restante da amostra diminuiu ou cessou consumo após os primeiros trimestres (KAUP et al., 2001; FABRI et al., 2007; ESPER, 2015). Das gestantes que mantiveram consumo de álcool até o final da gestação, a maioria consumiu em festas (59,4%) ou em finais de semana (39,3%), o que leva a concluir que o consumo recreacional, mesmo por gestantes, é aceito socialmente e visto como não prejudicial ao feto (KAUP et al., 2001).

Na pesquisa realizada por Moraes e Reichenheim (2007), a prevalência de mulheres gestantes com uso excessivo, abuso ou dependência de álcool foi de 1% dependendo do instrumento utilizado para identificação, sendo o perfil destas de maioria não-brancas, com idade acima de 30 anos, baixa escolaridade, que não viviam com companheiros, fumantes, que relataram uso de outras substâncias durante a gestação, história de abortos anteriores e não primigestas e, níveis baixos de apoio social. Além disso, o padrão de uso das gestantes que se mantinham consumindo até o fim da gestação era de abuso da bebida, seja por ingestão de grande volume de uma vez só (*binge drinking*) ou por consumo constante e cotidiano; grau de dependência (leve, moderado ou pesado), inclusive de outras drogas (DORRIE et al., 2014; ESPER; FURTADO, 2014).

Em pesquisa sobre os aspectos psicossociais das mulheres gestantes e os agravos que poderiam levar ao consumo de álcool mais elevado durante este

período, foram associados à maior gravidade de uso de álcool de gestantes sintomas, tais como: estresse; sintomas psiquiátricos; uso de álcool e drogas do companheiro; conhecimentos sobre Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal e uso de álcool na amamentação (ESPER, 2015).

### **1.3 Álcool e fetos, Síndrome Fetal do Álcool e Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal**

Recém-nascidos de mães que consumiram álcool durante a gravidez podem apresentar sintomas leves a severos de abstinência (tremores, tensão muscular, fraqueza, problemas de sono, choro, dificuldade de sugar, etc.). Outros problemas podem incluir retardo no crescimento, dificuldades de concentração e atenção. As complicações mais sérias são decorrentes da síndrome fetal do álcool (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A Síndrome Fetal do Álcool (SFA) descrita por Jones (1973) caracteriza a forma mais severa das consequências de exposição pré-natal ao álcool, dismorfologias faciais, comprometimento no crescimento e sinais de lesão cerebral (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008; FURTADO; RORIZ, 2016). Atualmente, o termo Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF) foi cunhado para caracterizar um espectro que engloba a SFA, a SFA parcial, comprometimentos ao nascimento relacionados ao álcool e comprometimentos neurodesenvolvimentais relacionados ao álcool (FURTADO; RORIZ, 2016).

A SFA e TEAF são condições que incluem os aspectos de deficiências morfológicas causadas pelo álcool, como também, sintomas neurodesenvolvimentais e comportamentais que incluam ou não a presença de estigmas faciais. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais da Associação Americana de Psiquiatria em sua quinta edição (DSM-V), trouxe um novo diagnóstico, distúrbio neurocomportamental associado a exposição pré-natal ao álcool (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014; FURTADO; RORIZ, 2016). Os diagnósticos acima são considerados o mais severo grupo com consequências desenvolvimentais (ESPER; FURTADO, 2014; MEMO et al., 2013; LANDGRAF et al., 2013).

A prevalência da Síndrome Fetal do Álcool (SFA) em média mundial é de 0,5-2 casos por 1000 nascidos vivos, porém, estima-se que para cada criança com SFA

completa três não apresentam todas as suas características (MESQUITA; SEGRE, 2009). No Brasil, os casos são de 1 a 3 a cada 1000 nascidos vivos, portanto, ao longo de um ano, podem surgir 3.000 a 9.000 casos novos de SFA no Brasil (GRINFELD, 2009).

A Síndrome Fetal do Álcool (SFA) se caracteriza como importante acometimento que, com a prevenção da ingestão de álcool durante a gestação e aleitamento, é facilmente evitada. Porém, a partir do momento em que está instalada, a criança portadora da síndrome terá consequências a se perdurarem por toda vida. Os danos que o álcool acarreta no cérebro não são reversíveis, além de outras características da síndrome que também não o são (MEMO et al., 2013).

Além de estigmas faciais e físicos, podem ser verificados alterações neurológicas como dificuldades no aprendizado, linguagem, na atenção e na memória; além de outras intelectivas, como atraso no desenvolvimento de grau variado nas funções sociais, no comportamento e na execução motora, hiperatividade, impulsividade, desatenção, diferenças na memória visual e fluência verbal semântica (NICCOLS, 2007; DORRIE et al., 2014; FURTADO; RORIZ, 2016). Essas dificuldades podem ir desde uma dificuldade leve até um comprometimento severo (FURTADO; RORIZ, 2016).

O diagnóstico do recém-nascido com Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF) é difícil por nem todas as características típicas serem aparentes nessa idade. Muitos casos são perdidos pelo desconhecimento do padrão de consumo de álcool pela mãe, pela pouca experiência médica sobre essa doença e pela dificuldade em se avaliar o neurodesenvolvimento, as funções cognitivas e o comportamento dos pacientes nessa faixa etária (MESQUITA; SEGRE, 2009).

Ao se observar a prevalência da Síndrome Fetal do Álcool e dos Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, associados à dificuldade na prevenção e detecção, além das crenças em relação ao consumo desta substância na população e em gestantes, pode-se pensar os agravos sociais e individuais que continuam a ocorrer. Pensa-se em agravos que poderiam ser evitados com campanhas de alerta e prevenção, principalmente quando se têm uma legislação tal como a brasileira, onde a prevenção e os direitos de populações estão previstos em diversos documentos. Apesar de uma legislação vasta e que engloba diversas esferas, o Brasil não possui

legislação específica para a prevenção dos Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF), tampouco em indicações para os cuidados e informações a se passar no pré-natal, incluem discutir sobre consumo de substâncias. Em outros países em que há saúde pública similar ao Brasil, como exemplo o Canadá, existem políticas e legislações específicas para a prevenção da TEAF em diversos níveis de atenção e de alvo do problema.

## **2 OBJETIVO**

Observando-se as graves consequências que o consumo de álcool durante a gestação acarreta para a criança que irá nascer e para sociedade e, ainda, o número significativo de mulheres gestantes que permanecem consumindo durante o período gestacional, considera-se de extrema importância a discussão acerca do tema, principalmente no viés de ações de prevenção do uso de álcool. A Síndrome Fetal do Álcool e o Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal afetam e podem requisitar ações de diversas áreas como, área da Saúde, Saúde Mental, Direitos e Saúde da Mulher e da Criança e do Adolescente, por isso, analisou-se as políticas públicas de diversas áreas em busca de ações de prevenção a SFA e TEAF, pensando-se, também, nas ações de prevenção realizadas no Brasil atualmente e fora do Brasil, como o Canadá.

## **3 DIREITOS EM SAÚDE**

### **3.1 SUS, uma história de direitos**

Os direitos em cuidados em saúde se iniciaram com a nova Constituição Federal Brasileira de 1988 a partir de movimentos iniciados durante a ditadura militar que construíram uma história de direitos adquiridos em saúde à população brasileira. O direito universal à saúde foi conquistado com o movimento crescente da Reforma Sanitária a partir da década de 1970, precedida de movimentos e ideias como, o *welfare state*, que circulavam o mundo capitalista ocidental, tendo como principais atores brasileiros o CEBES (Centro de Estudos Brasileiros em Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O marco de construção do que viria a ser o SUS foi a Oitava Conferência Nacional de Saúde que aconteceu no ano de 1986, permitindo a construção das

exigências da população aos direitos em saúde (PAIVA; TEIXEIRA, 2014). A nova Constituição Federal em seu art. 196 determinou que "A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988). A Constituição, em seu art. 198 diz, também, de um sistema de saúde que tenha " [...] atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais" (BRASIL, 1988).

Para garantir os direitos constitucionais de direito à saúde o Sistema Único de Saúde foi criado e regularizado a partir da Lei Orgânica da Saúde nº 8080 de 1990, em seu art. 2º, parágrafo 1º:

O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, p. 18055).

A Lei Orgânica, também, aponta as diretrizes a serem seguidas em todo e qualquer atendimento em saúde no território brasileiro. Nessa lei, tem-se as noções de: universalidade do acesso a saúde; integralidade da assistência, com serviços articulados de ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, em todos os níveis de complexidade; preservação da autonomia dos indivíduos; igualdade de assistência em saúde, livre de preconceitos e privilégios; direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde; divulgação do que os serviços oferecem e de sua utilização pelo usuário; utilização de epidemiologia para definir prioridades, deslocamento de recursos e orientações programáticas; e, participação da comunidade (BRASIL, 1990). Segundo a cartilha do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC), o SUS também deve ser equânime, ou seja, oferecer os recursos de saúde segundo as necessidades de cada um (IDEC, 2006).

Outra política de saúde em nível nacional que abre caminhos para ações pensadas para a não ocorrência da Síndrome Fetal do Álcool é a Política Nacional de Promoção da Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006) tendo como objetivo "promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições

de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 19).

### **3.2 SUS e a Reforma Psiquiátrica Brasileira**

A rede de Saúde Mental no Brasil faz parte do Sistema Único de Saúde, trazendo em si os mesmos critérios e princípios abarcados por este, em esfera federal, municipal e estadual. A rede de Saúde Mental foi concebida no processo de formação do SUS, pensada a partir de movimentos sociais que consolidaram a Reforma Psiquiátrica brasileira (AMARANTE, 1995). O movimento fazia crítica, principalmente, ao modo de tratar a loucura por meio de instituições que tiravam dos indivíduos suas liberdades e direitos de cidadãos (AMARANTE, 1995).

Em 1989, dois acontecimentos permitem que se concretizasse em ações políticas: o primeiro desses acontecimentos foi o fechamento do primeiro hospício na cidade de Santos e, o segundo, foi o projeto de Lei Paulo Delgado que propôs o fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos, esta promulgada apenas em 2001. O fechamento progressivo dos hospitais psiquiátricos passou a permitir um modelo de assistência com foco no indivíduo, os Centros de Atenção Psicossocial (AMARANTE, 1995). Entre o período de criação do SUS e os dias atuais, 1990 a 2010, 68 leis e portarias foram versadas acerca de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010; MATEUS, 2013). Dentre elas, a lei nº 10.216 de 2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

Cumprindo com o redirecionamento assistencial, a portaria nº 336 de 2002 regulamenta a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo este um serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dentre as diferentes modalidades e áreas de abrangência dos CAPS, a portaria, também, regulamenta o funcionamento do Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas como serviço de atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dessas portarias, algumas versam sobre os cuidados e atenção ao consumo de álcool e drogas no país.

### **3.3 Políticas sobre Álcool**

A fim de colocar atenção e cuidados aos agravos do uso de álcool e drogas, ignorados pelas políticas públicas de saúde e pelo SUS, em 2003 foi implementada a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas. Essa política prioriza que as ações de caráter terapêutico, preventivo, educativo e reabilitador, direcionadas a pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas (e seus familiares) sejam realizadas na comunidade, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos usuários de substâncias psicoativas, usando a lógica da redução de danos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). A abstinência não deve ser o único objetivo a ser alcançado, mas sim, ter como objetivo a vida humana, lidando com todas as suas singularidades, com as diferentes possibilidades e escolhas que são feitas, acolhendo o que com cada usuário é possível e necessário (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

A Portaria nº 2.197 de 2004 que redefine e amplia a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas amplia e define os componentes da Política de Atenção Integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. São os componentes: a atenção básica; atenção nos CAPS ad, ambulatórios e outras unidades extra-hospitalares especializadas; e, componente da rede de suporte social (associações de ajuda mútua e entidades da sociedade civil), complementar à rede de serviços disponibilizados pelo SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

O decreto nº 6.117 de 2007 versa sobre a Política Nacional sobre o Álcool, os usuários de álcool têm direito a acesso e recebimento de informações sobre os efeitos prejudiciais do mesmo e possibilidade de modificação dos padrões de consumo, e de orientações voltadas para o seu uso responsável. Como diretrizes, essa política aponta para ampliação e fortalecimento as redes locais de atenção integral às pessoas que apresentam problemas decorrentes do consumo de bebidas alcólicas, além de estimular que a rede local de cuidados tenha inserção e atuação comunitárias; promover ações de comunicação, educação e informação relativas às consequências do álcool.

O decreto nº 6.117, também, apresenta um conjunto de medidas para reduzir e prevenir os danos à saúde e à vida, bem como as situações de violência e criminalidade associadas ao uso prejudicial de bebidas alcoólicas na população brasileira (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Além disso, apoia o desenvolvimento de

campanhas a populações vulneráveis, à redução de demanda por populações vulneráveis como, população de crianças e adolescentes, indígenas, assentados da reforma agrária (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007), não havendo menções à população de gestantes.

Além disso, em 2004 o Ministério da Saúde publicou o documento *Álcool e Redução de Danos*, onde esclarece sobre os objetivos da redução de danos para usuários de álcool e para utilização como política de assistência a usuários de álcool e outras drogas. A Associação Internacional de Redução de Danos (IHRA) define redução de danos como tendo seu foco no trato das consequências do uso de drogas em vez de enfatizar apenas a redução do consumo de uma determinada droga. Ela pode ser aplicada tanto para drogas lícitas como ilícitas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). A estratégia de redução de danos tem como foco as consequências do uso de substância, e não nos comportamentos em si; não julga o consumo de álcool, e sim a redução dos problemas advindos dele; é uma estratégia pragmática – ou seja, não busca políticas que sejam inatingíveis ou que criem mais danos que benefícios; reconhece os direitos humanos individuais, ou seja, está calcada na aceitação da integridade e responsabilidade individuais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

### **3.4 Rede de Atenção Psicossocial**

Os cuidados e atenção aos usuários problemáticos de álcool e drogas estão inseridos no que foi concebido como áreas de atenção da política de Rede de Atenção Psicossocial. Para entender essa política em rede, primeiro concebeu-se a portaria nº 4.279 de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com

os resultados sanitários e econômicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005, p. 89).

A partir organização da RAS foram pactuadas redes temáticas, dentre elas, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), criada pela portaria nº 3.088 de 2011 " [...] para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde." A RAPS se configura por ser um funcionamento em rede de pontos de atenção ou serviços de saúde que compõe os diferentes dispositivos em saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011). Os atendimentos em saúde mental devem ser realizados nos âmbitos da Atenção Básica, da Atenção Psicossocial Especializada, da Atenção de Urgência e Emergência, da Atenção Residencial de Caráter Transitório, da Atenção Hospitalar, das Estratégias de Desinstitucionalização e da Reabilitação Psicossocial. Todos os dispositivos e componentes devem trabalhar em rede e complementarmente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; MATEUS, 2013).

O funcionamento em rede significa a articulação permanente de todas as instituições, associações, cooperativas e demais espaços em que o indivíduo em sofrimento psíquico transita e se relaciona (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). A ideia fundamental aqui é que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas, em um país de acentuadas desigualdades sociais e com demandas de nível de complexidade social, psicológico, dentre outros (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). É a articulação em rede de diversos equipamentos da cidade, e não apenas de equipamentos de saúde, que pode garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Para a organização desta rede, a noção de território é especialmente orientadora (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Segundo a cartilha do Ministério da Saúde sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira de 2005, p. 26:

O território é a designação não apenas de uma área geográfica, mas das pessoas, das instituições, das redes e dos cenários nos quais se dão a vida comunitária. Assim, trabalhar no território não equivale a trabalhar na comunidade, mas a trabalhar com os componentes, saberes e forças

concretas da comunidade que propõem soluções, apresentam demandas e que podem construir objetivos comuns. Trabalhar no território significa assim resgatar todos os saberes e potencialidades dos recursos da comunidade, construindo coletivamente as soluções, a multiplicidade de trocas entre as pessoas e os cuidados em saúde mental. É a ideia do território, como organizador da rede de atenção à saúde mental, que deve orientar as ações de todos os seus equipamentos.

### **3.5 Atenção Básica, Estratégia Saúde da Família e o papel na Saúde das Gestantes e Fetos, e o papel na Saúde Mental**

Entendendo a Rede de Atenção Psicossocial, entende-se que a Atenção Básica de Saúde e Saúde da Família são importantes atores para os cuidados a usuários problemáticos em álcool e drogas, além de serem local porta de entrada e acompanhamento das gestantes. O desenvolvimento da estratégia Saúde da Família nos últimos anos marca um progresso indiscutível da política do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Atendendo ao compromisso da integralidade da atenção à saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) vem investindo na promoção da saúde da população e na prevenção de doenças, alcançando resultados importantes para a saúde coletiva (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O campo de intervenção de cada Equipe de Atenção Básica é sempre composto pelas pessoas, famílias e suas relações com a comunidade e com o meio ambiente e, esse contato vem demonstrando que, cotidianamente, as equipes se deparam com problemas de saúde mental (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Assim, por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, além de ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderia se dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – de saúde mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Contudo, nem sempre a Atenção Básica apresenta condições para dar conta desta importante tarefa (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). Por esta razão, o Ministério da Saúde vem estimulando ativamente, as políticas de expansão, formulação e avaliação da Atenção Básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais frequentes de saúde mental, sendo uma forma de assumir este compromisso com responsabilização à produção da saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção de equidade, da integralidade e da cidadania num sentido mais amplo, especialmente em relação aos pequenos municípios (grande maioria dos municípios brasileiros), onde não é necessária a implantação de Centros de Atenção Psicossocial (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

## **4 DIREITOS E SAÚDE DA MULHER**

### **4.1 Direitos da Mulher e Direitos da Gestante**

Ao pensar na Síndrome Fetal do Álcool, pode-se pensar quais estratégias estão preconizadas nos cuidados às mulheres e gestantes para a prevenção de uma gestação com consumo de substâncias. Na Portaria de nº 569 de 2000, o Ministério da Saúde institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelecendo que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério e, também, tem direito ao acompanhamento pré-natal adequado.

No manual técnico produzido pelo Ministério da Saúde, Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada (2006, p. 10):

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal.

Além disso, aponta a conduta do profissional como uma escuta ativa das demandas, esclarecendo dúvidas e informando sobre todos os procedimentos realizados; realização de atividades educativas trazendo informações de importância para uma gestação saudável (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Não houve indicações específicas às gestantes com consumo de álcool e/ou outras drogas.

No Plano Nacional pela Primeira Infância (2010), a saúde mental é uma das áreas de atenção, principalmente quando da saúde mental da mãe e/ou responsáveis pelos cuidados na primeira infância, no caso das gestantes, por se caracterizar como período de "intensas mudanças físicas e psíquicas e, conseqüentemente, de grande vulnerabilidade emocional", "[...] os profissionais das equipes de base devem ser capacitados para observar e acolher as manifestações de insegurança e ansiedade da gestante" (BRASIL, 2010).

Em 2011, o Ministério da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, instituiu por meio da Portaria nº 1.459 a Rede Cegonha, visando uma rede de cuidados que assegure à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha, também, coloca como componente pré-natal o acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade; e, o "acesso ao pré-natal de alto risco em tempo oportuno" (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Ministério da Saúde (2016), na garantia dos direitos de saúde integral da mulher e da gestante, criou a caderneta da gestante, no qual uma nota alerta a gestante sobre a importância em evitar consumo de substâncias durante a gestação. "É importante alimentar-se de maneira saudável, não ingerir bebida alcoólica nem fumar ou usar drogas. Nestes casos, peça ajuda a um profissional de saúde." (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O aviso é curto e não discute as possíveis conseqüências e foi o único material encontrado que alerta gestantes acerca dos malefícios do uso de álcool durante a gestação.

A pesquisa de Esper (2015) verificou que as mulheres com maior consumo de álcool tiveram pontuações mais baixas em escala de conhecimento, tendo crenças errôneas e menor informação sobre os danos causados pelo uso de álcool. Como exemplo, a falsa crença de que a cerveja preta ajuda a produzir mais leite na amamentação foi considerada verdadeira por aproximadamente 35% das mulheres, além disso, apenas 30% das mulheres disseram que tinham alguma informação sobre a Síndrome Fetal do Álcool (ESPER, 2015).

## **4.2 Saúde Mental das Mulheres Gestantes e Agravos**

A gestação é um período conhecido por ser transitório onde há intensas mudanças no organismo feminino, no seu bem-estar, acarretando mudanças em seu psiquismo e em seu papel sociofamiliar, dessa forma, contribuindo para o surgimento de sintomatologias, ou mesmo, desenvolvimento de transtornos psiquiátricos (FALCONE et al., 2005). Investigando esse momento de maior vulnerabilidade da vida de uma mulher, pesquisas verificaram que gestantes, quando comparadas a não gestantes, apresentaram significativamente maior prevalência de transtornos mentais, cerca de 42% a mais, ao longo da gestação (ISHIDA et al., 2010; LUDEMIR et al. 2010; SILVA et al., 2010).

Foi verificado, também, que, além do período de vida em que a mulher está e sua autoestima, as condições de vida da mulher são importantes preditores de transtornos mentais e, condições como baixo nível de escolaridade, menor classificação socioeconômica e pouco apoio familiar podem ser fatores de risco para a ocorrência de um transtorno mental (SILVA et al., 2010). Em pesquisas utilizando-se o instrumento SRQ-20, foram identificadas entre 41,4% e 44,6% das amostras positivas, indicando que essas mulheres apresentaram maior propensão à morbidade psiquiátrica (SILVA et al., 2010; ESPER, 2015). Já em outros estudos utilizando-se o Questionário de Morbidade Psiquiátrica para Adultos (QMPA) verificou a prevalência de 38,2% de mulheres com suspeição de transtornos psiquiátricos (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005).

Entretanto, sabe-se que é frequente entre mulheres o uso de bebidas alcoólicas para aliviar sintomas psiquiátricos, em estudo com mulheres alcoolistas verificou que em 2/3 dos casos, os sintomas depressivos e ansiosos antecederam o consumo abusivo de bebidas alcoólicas (BORDIN et al., 2004). A literatura identifica que é comum a co-ocorrência de transtornos psiquiátricos e transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. As gestantes com problemas relacionados ao álcool apresentaram maior média de sintomas psiquiátricos se comparado ao grupo de mulheres sem tais problemas com esta substância, a presença de um maior número de sintomas psiquiátricos poderia contribuir como um estímulo ao consumo de bebidas alcoólicas (PINHEIRO; LAPREGA, FURTADO, 2005).

Considerando que algumas gestantes fazem uso de álcool durante a gestação, foi observado que o padrão de consumo de álcool da mulher no período

anterior a gravidez é considerado um forte preditor de uso também durante a gestação (CHANG, 2014; PEADON et al. 2011; SKAGERSTRÖM; CHANG; NILSEN, 2011). Além disso, o padrão de consumo também tem influências, a exposição do feto a episódios de grandes quantidades de álcool é extremamente prejudicial, ainda mais prejudiciais do que a exposição a menores quantidades em maior frequência (NICCOLS, 2007). Apesar da periculosidade aumentada ao feto, foram observados relatos de mães com consumo abusivo por ocasião, especialmente aos finais de semana (ESPER, 2015). Essa forma de consumo foi associada a maior prevalência de depressão no pós-parto (ALIANE, 2008).

Similarmente aos fatores de risco de aumentam a vulnerabilidade da gestante a transtornos mentais, três variáveis estão relacionadas ao aumento de consumo de álcool durante a gestação: envolvimento com crime de parentes próximos; ter sido abusada durante a infância; e, abuso de álcool por outro membro da família (MOMINO et al., 2012). Outras pesquisas, também, apontaram que as mulheres com maior número de eventos estressores e com elevado nível de estresse apresentaram maior gravidade de consumo de bebidas alcoólicas, eventos estressores, tais como: “Brigas com Familiares”, “Separação conjugal”, “Problemas com a justiça” e “Desemprego” (ESPER, 2011, BEIJERS et al., 2014; ESPER, 2015).

A falta deste apoio social, decorrente de conflitos familiares e conjugais, parece ter como consequência a maior carga de estresse de mulheres e aumento de chance para o consumo de álcool na gestação (ESPER, 2015). Outras pesquisas verificaram que gestantes com maior gravidade de uso de álcool reportaram menor percepção de suporte social (SOUZA et al., 2010; SKAGERSTRÖM et al., 2013; ESPER, 2015).

## **5 DIREITOS E SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE**

### **5.1 Direitos da Criança e do Adolescente**

A criança que virá a nascer de uma gestação com consumo de álcool pode ter sua saúde e futuro comprometidos. Por esse motivo, fez-se necessário analisar os direitos da criança e do adolescente, visando identificar as formas de assegurar a prevenção desse agravo, ou mesmo de assegurar o bem-estar após instalado. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) preconiza:

A criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência (BRASIL, 1990, art. 7º).

Outra série de artigos visa abordar os direitos da criança e do adolescente no tocante a seus direitos à vida e à saúde. Desta série, o art. 8º assegura os direitos às gestantes de terem atendimento pré e perinatal através do Sistema Único de Saúde. Para isso, o poder público fica incumbido de proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal. Além disso, os art. 11 e 14 asseguram que é direito o atendimento integral, acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, prevenção e recuperação da saúde, além da responsabilidade do SUS em promover programas de assistência para a " [...] prevenção das enfermidades que ordinariamente afetam a população infantil, e campanhas de educação sanitária para pais, educadores e alunos" (BRASIL, 1990). No tocante aos direitos à prevenção, o art. 70 preconiza o " [...] dever de todos prevenir a ocorrência de ameaça ou violação dos direitos da criança e do adolescente" (BRASIL, 1990).

Na cartilha do Plano Nacional pela Primeira Infância (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), coloca-se como diretrizes, a necessidade de políticas de proteção especial e que impõe urgência maior para ação do Estado em casos como de crianças socialmente mais vulneráveis, o cuidado com a primeira infância é dever da família, da sociedade e do Estado. A família é a instituição primordial de cuidado e educação da primeira infância. Mas, segundo o Ministério da Saúde (2010), a sociedade e o Estado também são responsáveis por suas crianças, cabendo a este formular e implementar políticas econômicas e sociais que deem às famílias condições de cumprir aquela função primária, bem como realizar ações voltadas especificamente às crianças, visando ao atendimento de seus direitos.

Nesta mesma cartilha (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010), coloca-se os cuidados específicos com o grupo de crianças com deficiência, com o objetivo de prevenir, detectar e tratar o mais precocemente possível as dificuldades de desenvolvimento, além de implementar e fortalecer programas de saúde integral e educação visando esta população. A fim de acessar todos os direitos, preconizou-se campanhas educativas e informativas, também para prevenção de risco dos

agravos às quais a criança pode estar submetida em seus ambientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A Portaria nº 1.130 de 2015 instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) diz do eixo estratégico na atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido, Ministério da Saúde (2015, p. 38):

Consiste na melhoria do acesso, cobertura, qualidade e humanização da atenção obstétrica e neonatal, integrando as ações do pré-natal e acompanhamento da criança na atenção básica com aquelas desenvolvidas nas maternidades, conformando-se uma rede articulada de atenção.

Em 2016, pensando-se nas necessidades especiais e atenção às especificidades e relevância dos primeiros anos de vida, foi promulgada em março a Lei nº 13.257, o Marco Legal da Primeira Infância, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância. Essa política se atenta para o "[...] desenvolvimento infantil e no desenvolvimento do ser humano". Nela, também, mostra-se a necessidade de estabelecer políticas, planos, programas e serviços para a primeira infância que atendam às especificidades dessa faixa etária, visando a garantir seu desenvolvimento integral (BRASIL, 2016).

A fim de cumprir com a Lei Marco da Primeira Infância, em outubro de 2016 foi promulgado o Decreto nº 8.869 que criou o Programa Criança Feliz com caráter intersetorial e tendo em vista promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, considerando sua família e seu contexto de vida. O programa visa articular ações das políticas de assistência social, saúde, educação, cultura, direitos humanos. Renova, ainda, os compromissos do Brasil com a atenção às crianças com deficiência e suas famílias (MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO, 2017).

## **5.2 Agravos do Álcool à Saúde da Criança e do Adolescente**

A Síndrome Fetal do Álcool e os Distúrbios do Espectro da Síndrome Fetal do Álcool têm alguns agravos possíveis no comportamento e cognição dos indivíduos afetados. A esses agravos estão relacionados comportamentos criminosos. Em um estudo com 592 adolescentes, foi encontrado que os adolescentes aos quais as mães consumiram mais do que uma dose de álcool por dia durante o primeiro

trimestre de gestação eram mais propensos de serem diagnosticados com transtorno de conduta do que os adolescentes aos quais as mães consumiram menos álcool durante o mesmo período gestacional (LARKBY et al., 2011; MOMINO et al., 2012). Além do consumo de álcool durante a gestação, outros fatores ambientais de riscos podem estar relacionados ao comportamento criminoso.

Roebuck, Mattson e Riley (1999) descobriram diferenças significativas no registo dos pais para sintomas de depressão, queixas somáticas, psicose e delinquência, quando se comparam crianças expostas ao álcool com crianças controle para o sexo e para a idade. Na adolescência, predominam problemas de hiperatividade, perturbações do sono, ansiedade e/ou depressão (STEINHAUSEN et al., 1998). Estes problemas tendem a persistir na idade adulta, levando a psicopatologia severa. As pesquisas citadas demonstram que comportamentos que podem ser vistos como delinquentes podem ser potencialmente prejudiciais ao bem-estar social, colocando a segurança social em risco.

## **6 AÇÕES DE PREVENÇÃO NO BRASIL E NO CANADÁ**

Brasil e Canadá são países que demonstram semelhanças e diferenças. Em termos populacionais, o Canadá possui, atualmente quase 37 milhões de habitantes (STATISTICS CANADA, 2017), enquanto no Brasil estima-se que, atualmente, a população seja de 208 milhões (IBGE, 2018). Segundo a avaliação realizada pelo Programa das Nações Unidas pelo Desenvolvimento (PNUD) da ONU, o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é uma medida resumida do progresso a longo prazo em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde. Nessa medida, o Canadá se encontra na nona posição, com IDH de 0,913, enquanto o Brasil se encontra na septuagésima quinta posição com IDH de 0,755 (PNUD BRASIL, 2018).

A principal semelhança analisada é em relação ao sistema de saúde. Assim como explorado anteriormente, o sistema de saúde brasileiro se caracteriza por um sistema público e universal que atua em diversos níveis de atenção à saúde. No Canadá o sistema de saúde é chamado *Canada Health Act* que prevê que todos os cidadãos tenham acesso a serviços de saúde gratuitamente, os gastos são cobertos pelo fundo público, mas os serviços são prestados por empresas privadas, apesar

de funcionar de forma diferente, também se caracteriza por ser um sistema de saúde público e universal (SILVA, 2012).

### **6.1 Estratégias de Prevenção no Canadá**

Pensando nas semelhanças entre Canadá e Brasil, pensou-se nas discussões de ações de prevenção dos Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF) no âmbito da saúde. O sistema de saúde canadense prevê quatro níveis de atenção e prevenção: o primeiro nível de prevenção se configura como alerta à população em geral através de campanhas, divulgação, e políticas públicas; o segundo nível se dá na prevenção no trabalho com mulheres em idade fértil sobre seus direitos reprodutivos, contraceptivos, uso de álcool e problemas relacionados; o terceiro nível de prevenção se caracteriza pela disponibilidade de serviços especializados acessíveis capazes de acolher mulheres que tenham algum problema com álcool ou tenham sofrido algum tipo de violência, sendo serviços disponíveis anteriormente a ocorrência de uma gravidez ou mesmo após a mesma; por fim, o quarto nível de prevenção é acompanhar e garantir suporte no pós parto, para que as novas mães mantenham as mudanças de hábitos e comportamentos que adquiriram durante a gestação (POOLE et al., 2016). Todas essas ações são mantidas e têm suporte através de políticas que permitem e exigem seu cumprimento.

Em uma pesquisa realizada por Poole et al. (2016), todos os níveis de prevenção foram identificados e avaliados por participantes da população em geral e por especialistas na área. Ambos identificaram as ações como sendo positivas, de reconhecimento nacional e geram mudanças, porém, ainda existem falhas. O Canadá ainda carece de cuidados específicos para diferentes níveis de riscos apresentados pelas gestantes e/ou seus familiares. Assim como políticas de garantias de direitos da criança que, muitas vezes, não permitem contato da mãe e da criança, sendo esta retirada da guarda da mãe assim que nasce, caso esta não tenha cessado seu consumo (POOLE et al., 2016).

### **6.2 Ações de Prevenção no Brasil**

As ações de prevenção no Brasil caracterizam-se por ações isoladas de instituições, principalmente de saúde, e sociedade civil na tarefa de divulgar informações e prevenir o acometimento dos Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal.

Os primeiros movimentos de divulgação desse acometimento foram realizados pelo médico neurologista José Mauro Braz de Lima do Instituto de Neurologia Deolindo Couto (INDC/UFRJ) e da Maternidade Escola da UFRJ. O alerta se iniciou ao chamar atenção ao tema em um Simpósio Internacional - Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) em 2006 (UFCEG, 2006).

A fim de alertar a população e os profissionais de saúde acerca do tema com informações e divulgação, a Semana de Alerta em 2009 em Ribeirão Preto e região foi iniciada em conformidade com a campanha mundial do dia internacional da FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorders/em português, Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal) batizada "Too Young to Drink" ou "Jovem Demais para Beber" realizada pela EUFASD (Aliança Europeia da FASD) (EUFASD, 2015).

A campanha "Too Young to Drink" têm como objetivos promover uma maior consciência sobre os perigos do consumo de bebidas alcoólicas durante a gravidez entre a população feminina em idade fértil e na comunidade geral; disseminar informação confiável, baseada em pesquisas científicas, sobre os riscos do consumo de álcool durante a gestação; e, empoderar as mulheres para que façam suas escolhas e, encorajar amigos, familiares e a sociedade para apoiar uma gravidez livre de álcool. A Semana de Alerta foi oficializada em 2010 como evento parte da agenda do município (PAIPAD, 2014).

Em 2014, em vista à documentos produzidos em 2010, a afiliada à Sociedade Brasileira de Pediatria, a Sociedade de Pediatria de São Paulo, juntamente com a Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia de São Paulo iniciaram uma série de ações e campanha para divulgar e prevenir a Síndrome Fetal do Álcool (GRAVIDEZ SEM ÁLCOOL, 2015; SOGESP, 2015). A campanha intitulada Gravidez sem álcool ganhou site, marca, redes sociais, para alcance o máximo de pessoas. A partir disso, algumas cidades como Lins e Presidente Prudente instituíram semanas de prevenção. Além disso, no carnaval de São Paulo, a Pernot Ricard aderiu à campanha, colocando notas da campanha nas gargaleiras de suas garrafas (GRAVIDEZ SEM ÁLCOOL, 2015).

## **7 DISCUSSÃO**

As pesquisas de Kaup et al. (2001) e Esper (2015), apresentaram dados que demonstram a normalização da crença de que o álcool, por ser uma substância

legal, confere maior segurança. Das gestantes das pesquisas a maioria consumiu em festas (59,4%) ou em finais de semana (39,3%), além de aparecerem crenças como a cerveja preta ajuda na produção de leite, o que leva a concluir que mitos e o consumo recreacional, mesmo por gestantes, é aceito socialmente e visto como não prejudicial ao feto (KAUP et al., 2001; ESPER, 2015).

Grinfeld (2009) estima que existam de 3000 a 9000 casos novos de Síndrome Fetal do Álcool (SFA) por ano no Brasil, além dos casos de Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal (TEAF). Analisando-se os números de gestantes de pesquisas diversas que se mantiveram consumindo álcool até o final da gestação, vê-se um número significativamente alto, chegando a quase metade (17,8 a 40%) em alguns casos, pensando que outras mais fizeram uso de álcool, porém diminuíram ou cessaram consumo após os primeiros trimestres (KAUP et al., 2001; FABRI et al., 2007; ESPER, 2015).

Os números anteriores demonstram que o Brasil passa por um importante problema de saúde pública e que não estão sendo devidamente debatidos (MORAES e REICHENHEIM, 2007). Leis e programas como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Rede Cegonha, o Plano Nacional pela Primeira Infância, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança, o Programa Criança Feliz, todos são programas que versam sobre os cuidados à criança, iniciando pelos cuidados à gestação, parto e puerpério (BRASIL, 1990, 2010; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, 2011, 2015; MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO, 2017).

O desenvolvimento de atividades educativas é preconizado pelo Ministério da Saúde como uma das ações de assistência às mulheres durante o pré-natal, o principal objetivo dos serviços de saúde durante a atenção pré-natal e puerperal é “acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao final da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Os parâmetros estabelecidos para que este objetivo seja atingido estão a classificação e atendimento as gestantes consideradas de risco. A atenção dos profissionais de saúde a população de gestantes pressupõe, portanto a avaliação dinâmica das situações de risco com o intuito de identificar os problemas e atenuar

e impedir um resultado desfavorável. Dentre os riscos que as gestantes estão expostas destaca-se o uso e dependência de drogas lícitas ou ilícitas, pois estão relacionados a maiores complicações durante a gestação e prejuízos ao desenvolvimento fetal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006; ESPER, 2015).

Apesar de entender que os cuidados se iniciam logo no início, ou seja, na gestação e no nascimento, em relação aos cuidados às gestantes para prevenção de uso de álcool e drogas muitas gestantes ainda alegam que não receberam informações durante o pré-natal (ESPER, 2015). Além disso, tais políticas e materiais de saúde informam pouco às gestantes, ou mesmo fornecem poucas instruções aos profissionais envolvidos no pré-natal da importância e de como abordar a questão do uso de substâncias com as gestantes (PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; MORAES e REICHENHEIM, 2007).

O Programa Saúde da Família (PSF) e a Atenção Básica como um todo são as portas de entrada das gestantes na maior parte do Brasil. E, têm como premissas promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). A forma como é estruturada a legislação de saúde brasileira e a importância dada ao pré-natal, fazem com que a mulher utilize os serviços de saúde com tanta frequência, criando oportunidades para detecção de situações de risco (MORAES e REICHENHEIM, 2007).

Porém, as equipes são pouco preparadas para abordar as questões de uso de álcool, na população e durante o pré-natal, intervenções breve e simples podem encorajar mulheres a diminuir ou até cessarem o consumo durante a gestação (MORAES e REICHENHEIM, 2007). Outro dado importante apresentado foi que, das mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal, apenas 48,8% relataram terem sido questionadas por seu consumo de álcool por algum dos profissionais de saúde e, apenas oito das mulheres que consumiram bebidas alcoólicas durante a gestação cessaram o consumo por conselho de um profissional de saúde (KAUP et al., 2001).

As ações educativas e de prevenção já estão preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém não existem ações de prevenção específicas e formalizadas em legislação, assim como é realizado no Canadá. Apesar de, como visto, existirem ações de prevenção em algumas cidades do Brasil, a falta de legislação impede que

haja um movimento unificado que padronize as ações e atinja boa parte do território nacional, diferentemente das ações isoladas que acabam atingindo, em maioria, os grandes centros. Além disso, as atenções como são realizadas no Canadá, passam por diversos níveis de intervenção, existindo uma rede forte e articulada que permite o atendimento integral nos casos de consumo de álcool na gestação.

Uma vez instalada a Síndrome Fetal do Álcool ou Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, a criança ou adolescente acometidos terão alguns agravos possíveis na saúde, desenvolvimento, comportamento e cognição dos indivíduos afetados. A esses agravos estão relacionados uma série de áreas que podem requerer atenção especial, pois, segundo preconizado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, eles têm como direitos o desenvolvimento e os cuidados em sua totalidade. Por isso, áreas como Saúde, Educação, Assistência devem garantir o pleno desenvolvimento desses indivíduos. Além disso, a Segurança deve estar preparada, pois, eventualmente, os agravos cognitivos e comportamentais podem culminar em comportamentos criminosos.

A trajetória do presente trabalho permite identificar que, a mulher não é a única a ser responsabilizada pela saúde e desenvolvimento do feto e bebê. Como discutido anteriormente, é direito da gestante receber informações e tratamento em relação à sua saúde e saúde mental. Além disso, pesquisas trouxeram que a fase da gestação é uma fase de maior vulnerabilidade propensa ao aparecimento de transtornos psiquiátricos, que podem estar relacionados ao consumo de álcool (BORDIN et al., 2004; FALCONE et al., 2005; PINHEIRO; LAPREGA; FURTADO, 2005; MOMINO et al., 2012; ESPER, 2015).

Além disso, as mulheres com maior consumo de álcool durante a gestação passaram por mais números de eventos estressores durante a gestação e, essas gestantes, tinham menor percepção e suporte social (SOUZA et al., 2010; SKAGERSTRÖM et al., 2013; ESPER, 2011, 2015; BEIJERS et al., 2014). São mulheres que podem estar passando por uma gestação sozinhas, sem familiares ou companheiros, com poucas informações sobre a gestação, tendo nas mãos a totalidade da responsabilidade pelos cuidados do feto em desenvolvimento, sendo uma nova vida que terão que sustentar e amparar.

Como limitações do atual trabalho, houve dificuldade em acessar informações e números epidemiológicos da questão do uso de substâncias psicoativas durante a gestação. Foram encontrados estudos brasileiros que avaliaram populações locais e regionais, não havendo estudos avaliando perfil epidemiológico a nível nacional. Além disso, a maior parte da literatura de determinantes e agravos estavam disponíveis em literatura internacional, sem as especificidades da população brasileira.

## **8 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da Atenção Básica se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública, como os agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas outras formas de sofrimento psíquico, além de ser a porta de entrada da gestante no sistema de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Por esse motivo, vê-se a necessidade de fortalecer as equipes de saúde da atenção básica a identificarem e informarem as gestantes quanto ao prejuízo do uso de álcool na gestação, além de capacitar essas equipes a fazerem intervenções mínimas com objetivo de reduzir ou cessarem consumo dentre aquelas que o fazem. Ou, ainda, encaminhar para níveis de atenção especializada caso venha a ser necessário.

Além disso, poder identificar os casos já instalados de Síndrome Fetal do Álcool ou Transtorno do Espectro Alcoólico Fetal, podendo oferecer suporte e ações que minimizem os agravos à saúde e desenvolvimento da criança ou adolescente acometidos. Em cenário ideal, construir a possibilidade de ações em âmbito nacional de prevenção, assim como o modelo do Canadá.

Por fim, se vê como ainda necessários, já apontado nas pesquisas de Moraes et al. (2006) e Gallassi et al. (2008), estudos que abordem o custo social relacionado ao abuso do álcool, para se pensar e efetivar a construção de políticas públicas mais consistentes e auxiliar os gestores de saúde em processos de tomadas de decisão em consonância com o perfil epidemiológico e socioeconômico do país, de modo a estabelecer prioridades de investimentos em saúde de acordo com a real necessidade que a população apresenta.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALIANE, P. P. **Uso de álcool na gestação e sua relação com sintomas depressivos no pós-parto**. 2008. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

AMARANTE, P. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, jul./set. 1995.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais - DSM-V. Porto Alegre: Artmed, 2014. 992 p.

BEIJERS, C. et al. Stressful events and continued smoking and continued alcohol consumption during mid-pregnancy. **PLoS One**, v. 20, n. 9, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal; 1988. 292 p.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 maio 2007. Seção 1, p. 5.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 jul. 1990. p. 13563.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990. p. 18055.

\_\_\_\_\_. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 abr. 2001. p. 2.

\_\_\_\_\_. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 09 mar. 2016. p. 1.

\_\_\_\_\_. Rede Nacional Primeira Infância. **Plano Nacional pela Primeira Infância**. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <<http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/PPNI-resumido.pdf>>.

BORDIN, S; ZILBERMAN, M.; FIGLIE, N. L.; LARANJEIRA, R. Dependência química na mulher. In: **Aconselhamento em dependência química**. Editora Roca. São Paulo, 2004.

CHANG, G. Screening for alcohol and drug use during pregnancy. **Obstetrics & Gynecologic Clinics of North America**, v. 41, n. 2, p. 205-212, 2014.

DORRIE, N.; FOCKER, I.; HEBEBRAND, J. Fetal alcohol spectrum disorders. **European Child & Adolescent Psychiatry**, v. 23, n. 10, p. 863-875, out. 2014.

ESPER, L. H. **Aspectos psicossociais associados ao consumo de álcool: uma comparação entre gestantes abstinentes, consumidoras com uso de risco, nocivo e dependência**. 2015. 122 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2015.

ESPER, L. H.; FURTADO, E. F. Identifying maternal risk factors associated with Fetal Alcohol Spectrum Disorders: a systematic review. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Berlim, v. 23, n. 10, p. 877-889, out. 2014.

ESPER, L. H. **Eventos estressores e sua relação com morbidade psiquiátrica e consumo de álcool e tabaco na gestação**. 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Mental) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

EUFASD. Too Young to Drink - An International Campaign to raise awareness of the risks of drinking in pregnancy. 2015. Disponível em: <<http://www.eufasd.org/awareness/tytd2015.html>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

FABBRI, C. E.; FURTADO, E. F.; LAPREGA, M. R. Consumo de álcool na gestação: desempenho da versão brasileira do questionário T-ACE. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 979-984, dez. 2007.

FURTADO, E. F.; RORIZ, S. T. Inattention and impulsivity associated with prenatal alcohol exposure in a prospective cohort study with 11-years-old Brazilian children. **European Child & Adolescent Psychiatry**, Berlim, v. 25, n. 12, p. 1327-1335, dez. 2016.

FALCONE, V. et al. Atuação multiprofissional e saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, ago. 2005.

GALLASSI, A.; ALVARENGA, P.; ANDRADE, A.; COUTTOLENC, B. Custos dos problemas causados pelo abuso do álcool. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 35, s. 1, p. 25-30, 2008.

GRAVIDEZ SEM ÁLCOOL. Campanha Gravidez sem Álcool e a SPSP. 2015. Disponível em: <<http://www.gravidezsemalcool.org.br/ideias-que-promovem-discussoes-discussoes-que-provocam-mudancas/>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

GRINFELD, H. Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: ANDRADE, A. G.; ANTHONY, J. C.; SILVEIRA, C. M. **Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual**. Barueri: Minha Editora, 2009. p. 179-199.

IBGE. Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. 2018. Disponível em: <<https://ww2.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

IDEC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. São Paulo, 2006. 68 p.

JONES, K. L.; SMITH, D. W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **The Lancet**, v. 302, n. 7836, p. 999-1001, nov. 1973.

KAUP, Z. O. L.; MERIGHI, M. A. B.; TSUNECIRO, M. A. Avaliação do consumo de bebida alcoólica durante a gravidez. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 575-580, out. 2001.

LARKBY, C.; GOLDSCHMIDT, L.; HANUSA, B.; DAY, N. Prenatal alcohol exposure is associated with conduct disorder in adolescence: findings from a birth cohort. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, v. 50, n. 3, p. 262-271, mar. 2011.

LUDEMIR, A.; BARRETO DE ARAÚJO, T.; VALONGUEIRO, S.; LEWIS, G. Common mental disorders in late pregnancy in women who want or attempted an abortion. **Psychological Medicine**, v. 40, n. 9, p. 1467-1473, set. 2010.

MATEUS, M. D. (Org.). Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400 p. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas\\_de\\_saude\\_mental\\_capa\\_e\\_miolo\\_site.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/politicas_de_saude_mental_capa_e_miolo_site.pdf)>.

MEMO, L. et al. Fetal alcohol spectrum disorders and fetal alcohol syndrome: the state of the art and new diagnostic tools. **Early Human Development**, v. 89, s. 1, p. S40-S43, jun. 2013.

MESQUITA, M. A.; SEGRE, C. A. M. Frequência dos efeitos do álcool no feto e padrão de consumo de bebidas alcoólicas pelas gestantes de maternidade pública da cidade de São Paulo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.19, n. 1, p. 63-77, abr. 2009.

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E AGRÁRIO. **Programa Criança Feliz – A intersetorialidade na visita domiciliar**. Brasília, DF, 2017. 67 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Álcool e Redução de Danos – Uma abordagem inovadora para países em transição**. Brasília, DF, 2004. 144 p.

\_\_\_\_\_. **A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, DF, 2003. 60 p.

\_\_\_\_\_. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF, 2016. 3ª ed. Disponível em: <<http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/01/Caderneta-Gest-Internet.pdf>>.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 fev. 2002.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 569, de 01 de junho de 2000. Instituir o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 6 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 jun. 2011.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 15 out. 2004.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

\_\_\_\_\_. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010.

\_\_\_\_\_. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, DF, 2006. 60 p.

\_\_\_\_\_. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, DF, nov. 2005.

MOMINO, W. et al. Maternal drinking behavior and Fetal Alcohol Spectrum Disorders in adolescents with criminal behavior in southern Brazil. **Genetics and Molecular Biology**, v. 35, n. 4, s. 1, p. 960-965, 2012.

MORAES, E. et al. Conceitos introdutórios de economia da saúde e o impacto social do abuso de álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 28, n. 4, p. 321-325, out. 2006.

MORAES, C. L.; REICHENHEIM, M. E. Rastreamento de uso de álcool por gestantes de serviços públicos de saúde do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 695-703, out. 2007.

NICCOLS, A. Fetal alcohol syndrome and the developing socio-emotional brain. **Brain and Cognition**, v. 65, n. 1, p. 135-142, out. 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde - CID 10. 2008. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cid10/V2008/cid10.htm>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

PAIPAD. Tooyoungtodrink-Brasil. 2014. Disponível em: <<https://paipad.org/tooyoungtodrink-brasil/>>. Acesso em: 28 jan. 2018.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde**, v. 21, n. 1, p. 15-35, jan. /mar. 2014.

PEADON, E. et al. Attitudes and behavior predict women's intention to drink alcohol during pregnancy: the challenge for health professionals. **BMC Public Health**, v. 11, p. 584-593, jul. 2011.

PIEROG, S.; CHANDAVASU, O.; WEXLER, I. The fetal alcohol syndrome: some maternal characteristics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, v. 16, p. 412-415, 1979.

PINHEIRO, S.; LAPREGA, M.; FURTADO, E. Morbidade psiquiátrica e uso de álcool em gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 39, n. 4, p. 593-598, 2005.

PNUD BRASIL. Desenvolvimento Humano e IDH. 2018. Disponível em: <<http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>>. Acesso em: 23 jan. 2018.

POOLE, N.; SCHMIDT, R.; GREEN, C.; HEMSING, N. Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder: current Canadian efforts and analysis of gaps. **Substance Abuse: Research and Treatment**, v. 10, n. S1, p. 1-11, maio 2016.

ROEBUCK, T.; MATTSON, S.; RILEY, E. Behavioral and psychosocial profiles of alcohol-exposed children. **Alcoholism Clinical & Experimental Research**, v. 23, n. 6, p. 1070-1076, jun. 1999.

SENAD. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas** / Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF: SENAD, 2009. 364 p.

SILVA, C. **Análise comparativa das características dos sistemas de saúde nas Américas**. 2012. 40 f. Monografia (Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas) – Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, R.; et al. Transtornos mentais comuns e auto-estima na gestação: prevalência e fatores associados. **Caderno de Saúde Pública**, v.26, n.9, p.1832-1838, set. 2010.

SKAGERSTRÖM, J.; CHANG, G.; NILSEN, P. Predictors of drinking during pregnancy: a systematic review. **Journal of Women's Health**, v. 20, n. 6, p. 901-913, jun. 2011.

SKAGERSTRÖM J., et al. Prevalence of alcohol use before and during pregnancy and predictors of drinking during pregnancy: a cross sectional study in Sweden. **BMC Public Health**, v. 27, n. 13 p. 780, 2013.

SOGESP. Gravidez sem Álcool – Campanha contra a Síndrome Alcoólica Fetal (SAF). 2015. Disponível em: <<https://www.sogesp.com.br/noticias/canal-saude-mulher/os-riscos-do-consumo-de-alcool-na-gravidez>>. Acesso em: 08 fev. 2018.

SOUZA, J. ; ALIANE, P. P. ; ESPER, L. H. ; FURTADO, E. F. **Relacionamento Conjugal e Saúde Mental na Gestação. Relacionamento Interpessoal: uma perspectiva interdisciplinar**. 1 ed. Vitória: Associação Brasileira de Pesquisa do Relacionamento Interpessoal - ABRAPRI, v. 1, p. 39-50, 2010.

STATISTICS CANADA. Quarterly Demographic Estimates - July to September 2017. **Quarterly Demographic Estimates**, v. 31, n. 3, jul. /set. 2017.

STEINHAUSEN, H.; METZKE, C.; MEIER, M.; KANNENBERG, R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 98, n. 4, p. 262-271, out. 1998.

UFCG. SAF é mais frequente que síndrome de Down, dizem médicos. 2006. Disponível em: <[http://www.ufcg.edu.br/prt\\_ufcg/assessoria\\_imprensa/mostra\\_noticia.php?codigo=3708](http://www.ufcg.edu.br/prt_ufcg/assessoria_imprensa/mostra_noticia.php?codigo=3708)>. Acesso em: 24 jan. 2018.