PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU EM BIOÉTICA

MICHELE RIBEIRO VIEIRA DE MELLO

UM OLHAR DA BIOÉTICA FRENTE AOS NEONATOS DE MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

CURITIBA
2017

MICHELE RIBEIRO VIEIRA DE MELLO

UM OLHAR DA BIOÉTICA FRENTE AOS NEONATOS DE MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto sensu* em Bioética Área de concentração: Fundamentos da Bioética, da Escola de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Bioética.

Orientador: Prof. Dr. Waldir Souza

CURITIBA

2017

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central

M527o
2017

Mello, Michele Ribeiro Vieira de
Um olhar da bioética frente aos neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas / Michele Ribeiro Vieira de Mello; orientador, Waldir Souza. --2017
82 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2017.
Bibliografia: f. 74-82

1. Bioética. 2. Recém-nascidos – Efeito das drogas. 3. Mulheres. 4. Drogas - Abuso. 5. Serviço social. I. Souza, Waldir. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título

CDD 20. ed. – 174.9574

Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Escola de Ciências da Vida
Programa de Pós-Graduação em Bioética - *Stricto Sensu*

PUCPR
GRUPO MARISTA

ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº01/2017
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética

Em sessão pública às dez horas do dia dez de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, na sala 2 do mestrado, realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação: **"UM OLHAR DA BIOÉTICA FRENTE AOS NEONATOS DE MULHERES USUÁRIAS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS"** apresentada pela aluna **Michele Ribeiro Vieira de Mello** sob orientação do **Professor Doutor Waldir Souza** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Waldir Souza
PUCPR (orientador e presidente). _____ **Assinatura**

Prof.ª Drª Clélia Peretti
PUCPR (examinador interno). Clélia Peretti **Assinatura**

Prof.ª Dr.ª Maria Carmelita Yazbek
PUC-SP (examinador externo). _____ **Assinatura**

Início: 10:15 hs **Término** 11:55 hs.

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado).
O (a) aluno (a) está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Aluno (a): **Michele Ribeiro Vieira de Mello:** Michele R. V. de Mello
(Assinatura)

Prof. Dr. Mário Antonio Sanches
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Dedico este trabalho aos meus familiares que sempre estiveram ao meu lado e me apoiaram!

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, o qual é o responsável pela minha vida e por toda a graça e sentido que ela tem.

Agradeço aos meus pais, Adilson e Solange pelo imenso amor, pelos ensinamentos, apoio, por acreditarem junto comigo nos meus sonhos e por investirem para que eu pudesse realizá-los. Gratidão eterna aos senhores!

Agradeço em especial o meu esposo, André, por toda a compreensão, paciência, incentivo, por estar ao meu lado em todos os momentos, por me ajudar e principalmente por me fortalecer nos momentos mais difíceis. Obrigada pelo seu amor.

Agradeço a minha querida irmã Marceli e sua amada família, ao Márcio (cunhado), Milena e Matheus (meus sobrinhos afilhados, filhos do coração). Obrigada por compreenderem esse meu momento de dedicação intensa aos estudos, obrigada por me proporcionarem tanta alegria.

Agradeço o apoio da minha família e dos meus amigos, os quais sempre me apoiaram e entenderam a minha ausência em muitos momentos. Em especial agradeço ao meu tio e meu segundo pai, Soloel. Obrigada pelo seu incentivo, amor e ensinamentos.

Agradeço aos amigos, Houda Izabela de Oliveira e Rosel Antonio Beraldo, meus parceiros de Mestrado. Obrigada por toda a ajuda, por todos os trabalhos que realizamos juntos, pelas risadas e até mesmo pelos momentos árduos que passamos juntos.

Agradeço a oportunidade de ter conhecido e apreendido muito com os professores de Bioética e por ter conhecido inúmeras pessoas especiais no decorrer do curso, entre elas a querida Marcia Regina Chizini Chemin.

Agradeço as professoras: Clélia Peretti e Maria Carmelita Yazbek por terem aceito o convite de participarem da minha defesa e por contribuírem com a minha pesquisa

Agradeço em especial ao meu orientador Professor Waldir Souza. Sou grata pela oportunidade de tê-lo como meu orientador, por ter percorrido esses dois anos ao meu lado, me ensinando, me auxiliando nas infindáveis reflexões, acreditando na minha pesquisa e sempre me incentivando. Meu fraterno agradecimento!

Agradeço as mulheres gestantes usuárias de álcool e outras drogas, as quais me fizeram perceber a fragilidade e a necessidade em desenvolver essa pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma fizeram parte desta caminhada!

“A tarefa não é ver o que ninguém
viu ainda, mas pensar aquilo que ninguém
pensou a respeito daquilo que todo
mundo vê!”

(SCHOPENHAUER, 2010, p. 157).

RESUMO

Há muito tempo, o ser humano vem sendo seduzido pelos efeitos de substâncias lícitas e ilícitas, que num primeiro momento proporcionam sensações indescritíveis, mas com o consumo contínuo podem o tornar dependente. No sistema de saúde existe uma demanda não atendida dentro da sua singularidade: o das gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Enquanto a síndrome de abstinência neonatal vem sendo discutida internacionalmente, no Brasil essa temática ainda é embrionária. Por meio da prática observacional numa Comunidade Terapêutica e também de observações informais nos logradouros da cidade de Curitiba, Paraná, notou-se o aumento de mulheres que estão usando e abusando de álcool e outras drogas. Consequentemente, percebeu-se a expansão do uso por mulheres gestantes, estas que encontram-se nas ruas, em situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social. Tendo em vista que o município não possui instituições especializadas para o atendimento dessas mulheres, considera-se os agravos do consumo de drogas para as mulheres e para o feto/neonato. A presente pesquisa trata-se de um estudo bibliográfico, o qual teve como objetivo analisar se os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas recebem tratamento e acompanhamento especializado para a síndrome de abstinência neonatal. Utilizou-se dos métodos de pesquisa qualitativo, exploratório e análise de conteúdo, com o intuito de alcançar os objetivos propostos. Os objetivos específicos, são: identificar os possíveis problemas que ocorrem com os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas; realizar uma comparação, com base na literatura, entre as fases gestacionais de mulheres usuárias e não usuárias de álcool e outras drogas e discutir a Bioética de Proteção e Intervenção, frente ao problema dos recém-nascidos oriundos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Com base nos conceitos da Bioética de Proteção, de Intervenção e na atuação do Serviço Social, desenvolveu-se uma reflexão sobre a problemática em questão. Por meio desta pesquisa, percebeu-se a escassez de estudos científicos e ações que atendam as gestantes e os neonatos dependentes. Sendo necessário desenvolver ações, políticas públicas e rede de proteção que atendam as gestantes e os neonatos.

Palavras-chave: Dependência química em neonatos. Bioética de Proteção e Intervenção. Serviço Social.

ABSTRACT

For a long time, the human has been seduced by the effects of licit and illicit substances, which in the first moment provide indescribable sensations, but with continued consumption can make it dependent. In the health system there is an unmet demand within its singularity: pregnant women who use alcohol and other drugs. While the neonatal abstinence syndrome has been discussed internationally, in Brazil this issue is still embryonic. Through the observational practice in a Therapeutic Community and also of informal observations in the city of Curitiba, Paraná, the increase of women who are using and abusing alcohol and other drugs has been noted. Consequently, it was noticed the expansion of the use by pregnant women, the ones that are in the streets, in situation of risk and personal and social vulnerability. Considering that the city doesn't have specialized institutions for the care of these women, aggravations of drug consumption for women and for the fetus/neonate are considered. The present research deals with a bibliographic study, which had as objective to analyze if the neonates of women users of alcohol and other drugs receive treatment and specialized monitoring for the neonatal abstinence syndrome. The qualitative and exploratory research methods were used in order to reach the proposed objectives. The specific objectives are: identify the possible problems that occur with the neonates of women users of alcohol and other drugs; make a comparison, based on the literature, between the gestational phases of women users and non-users of alcohol and other drugs, and discuss the Bioethics of Protection and Intervention, in the face of the problem of newborns of pregnant women who use alcohol and other drugs. Based on the concepts of Protection Bioethics, Intervention and Social Service work, a reflection on the problematic in question was developed. Through this research, we noticed the scarcity of scientific studies and actions that attend pregnant and dependent neonates. It is necessary to develop actions, public policies and protection network that care for pregnant and newborns.

Keywords: Chemical dependence of neonates. Bioethics of Protection and Intervention. Social Service.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	Academia Americana de Pediatria
ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
BI	Bioética de Intervenção
CID	Classificação Internacional de Doenças
CONAD	Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas
Dr.ª	Doutora
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNAD	Fundo Nacional Antidrogas
n.	Número
OMS	Organização Mundial da Saúde
PROERD	Programa Educacional de Resistência às Drogas
RCIU	Retardo do Crescimento intrauterino
SAA	Síndrome de Abstinência Aguda
SAD	Síndrome de Abstinência Demorada
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SAN	Síndrome de Abstinência Neonatal
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SUS	Sistema Único de Saúde
TMC	Transtorno Mental Comum
TUS	Transtorno de Uso de Substâncias
UCIneonatal	Unidade Intensiva Neonatal
UNODC	United Nations Office on Drugs And Crimes
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 DROGAS, GESTANTES E NEONATOS 16
2.1 O QUE SÃO DROGAS 16
2.2 O QUE É DEPEDÊNCIA QUÍMICA 19
2.3 CID-10 X DSM-V 23
2.4 MULHERES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA 25
2.5 PERÍODO GESTACIONAL 28
2.6 MULHERES GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS 30
2.7 FETO/NEONATO X DROGAS 31
2.8 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA X ABSTINÊNCIA EM NEONATOS 32
2.9 NEONATO DE ALTO RISCO 36
3 BIOÉTICA E SERVIÇO SOCIAL 38
3.1 O QUE É BIOÉTICA 37
3.2 BIOÉTICA PRINCIPIALISTA 40
3.3 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO 41
3.4 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO 45
3.5 SERVIÇO SOCIAL 48
4 BIOÉTICA/PONTE E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL 54
4.1 REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE AS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS E OS NEONATOS 54
4.2 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL 63
4.3 E AÍ ? 65
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 70
REFERÊNCIAS 75

1 INTRODUÇÃO

Este estudo refere-se ao tema: um olhar da Bioética frente aos neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas. Ao tratar das questões das drogas sob o ponto de vista da Bioética, Nery Filho enfatiza que “o uso destes produtos lícitos e ilícitos não deveria ser considerado a causa dos problemas” e argumenta que é de fato “consequência da insuportável desigualdade social” (BRASIL, 2014, p. 133-134). Para o referido autor está faltando bioética nas discussões e proposições que precisam dar conta das exclusões sociais, suas considerações tiveram efeito disparador para esta pesquisa.

O anseio em desenvolver esta pesquisa emergiu por intermédio da atuação profissional da pesquisadora em uma Comunidade Terapêutica no município de Curitiba, em 2011. Por meio da prática observacional neste local e também das observações informais nos logradouros da cidade, notou-se o aumento de mulheres que estavam usando e abusando de álcool e outras drogas. Consequentemente, percebeu-se a expansão do uso por mulheres gestantes, estas que encontram-se nas ruas, em situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social.

As observações pessoais estimularam a pesquisa que deparou-se com a realidade da política pública: o município possui parcerias com o terceiro setor, e oferece tratamento misto para homens e mulheres, no entanto, são poucos os locais que dispõem de tratamento específico para as mulheres. Guimarães (2010), assevera que no início dos encaminhamentos de mulheres para tratamentos, essas não se adaptavam aos mesmos. A não adaptação ocorria devido ao fato das mulheres não se sentirem confortáveis em compartilhar seus anseios em tratamentos mistos. Com o que concordam Wolle e Zilberman (2011), ao ponderar sobre a importância dos grupos compostos só por mulheres, entendem que propicia maior adesão ao tratamento.

Mesmo que os estudos revelem que na atualidade para cada 05 homens que ingerem bebida alcoólica, existem 03 mulheres que também consomem essa droga (SIELSKI; MATTOS, 2009, p. 20), é preciso considerar que o corpo feminino é mais frágil e é nele que ocorre a gestação. A Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (2014), realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) aponta que no Brasil 37,41% das mulheres usuárias de *crack* tem entre 18 à 24 anos, 18,31% entre 25 e 29 anos, 14,93% entre 30 a 34 anos e 17,93% entre 35 a 39 anos (BASTOS;

BERTONI, 2014).

Evidencia-se pelos dados que a idade das usuárias é um fator preponderante, pois coincide com a fase reprodutiva. A uniformidade no atendimento (misto) demonstra que há uma demanda não atendida dentro da sua singularidade: o das gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Os estudos sobre esse tema são escassos, por isso a importância em desenvolver pesquisas frente a tal problema.

O uso de álcool e outras drogas por gestantes acarreta inúmeros malefícios para o feto, pois as drogas permeiam a placenta embrionária, chegam até o útero e acometem o desenvolvimento do feto (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006, p. 131).

A Classificação Internacional de Doenças (CID) reconhece a *síndrome alcoólica fetal* (SAF) (CID10 - Q86.0), como sendo um conjunto de anomalias apresentadas por crianças que nasceram de mães alcoolistas (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006, p. 131). A CID também reconhece a *síndrome de abstinência neonatal* (SAN) (CID10 - P96.1), causada pela interrupção do contato do neonato com as drogas antes ou após seu nascimento (ANAD, 2014).

Tendo em vista tais apontamentos, delineou-se como problema norteador a questão: Os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas recebem tratamento e acompanhamento especializado para a síndrome de abstinência neonatal?

No sistema de saúde há uma demanda não atendida dentro da sua singularidade: o das gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Enquanto a síndrome de abstinência neonatal vem sendo discutida internacionalmente, no Brasil essa temática ainda é embrionária. Desta hipótese segue outra baseada na resposta negativa à pergunta acima: há um sofrimento imposto aquele que nem nasceu, o feto, pelos pais devido à dependência química, e pelo Estado/sociedade que o negligencia.

Com o intuito de aprofundar este tema, delimitou-se como objetivo geral analisar se os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas recebem tratamento e acompanhamento especializado para a síndrome de abstinência neonatal. E, como objetivos específicos: identificar os possíveis problemas que ocorrem com os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas; realizar uma comparação, com base na literatura, entre as fases gestacionais de mulheres usuárias e não usuárias de álcool e outras drogas, e por fim, apresentar a Bioética na reflexão guiada pelo ponto de vista da proteção e intervenção, frente ao problema

dos recém-nascidos oriundos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas.

Acerca da metodologia, as tipologias de pesquisa escolhidas foram a qualitativa, que segundo Michel (2005, p. 33), responde a assuntos particulares e se preocupam com um grau de realidade que não pode ser quantificado, e a pesquisa exploratória que propicia maior conhecimento e esclarecimento do problema apresentado (GIL, 2007, p. 41). Também é descritiva, se caracteriza pelo fato do pesquisador buscar conhecer e interpretar a realidade que se apresenta, nesse caso no conteúdo bibliográfico sem que se interfira para modificá-lo.

A partir da proposta de investigação bibliográfica optou-se pela metodologia de Análise de Conteúdo, que implica em uma sequência de passos, segundo Bardin (1977, p. 60-61), e está estruturada cronologicamente: a pré-análise, que consiste na organização, escolha dos textos, artigos, documentos que serão submetidos à análise; a exploração do material, quando se procede a codificação dos dados; e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, que consiste em confrontar os dados obtidos a partir da codificação em torno de dimensões teóricas.

Na fase de estruturação da pesquisa foi estabelecido como sujeito desta pesquisa: as pesquisas sobre o atendimento e/ ou políticas públicas que contemplem as gestantes usuárias de álcool e outras drogas e seus neonatos no município de Curitiba.

Quanto ao material, a pesquisa se utilizou de obras e artigos referentes à Bioética, ao Serviço Social, às resoluções oficiais emitidas pelo Ministério da Saúde e Ministério da Justiça do Brasil. O levantamento bibliográfico se deu por meio do acervo pessoal da pesquisadora, acervo da biblioteca PUCPR, e dos artigos indexados em diversas bases mundiais tais como: SciELO, ProQuest, Portal da Saúde e base de dados do Portal CAPES.

Identificados os estudos, o conjunto bibliográfico obtido foi designado como instrumentos de pesquisa, foram analisados um a um, para pontuar os descritores, determinados pelas palavras: gestação e drogas, gestantes usuárias de drogas, síndrome alcoólica fetal, síndrome de abstinência neonatal, neonatos e drogas, dependência química em neonatos e bebês do *crack*. Procedeu-se na sequência a leitura aprofundada, seguida de interpretação e análise.

Para o desenvolvimento dessa pesquisa, o recorte contempla mulheres usuárias de álcool e outras drogas, gestantes com idade de 18 à 29 anos. O descaso com que a sociedade vem lidando especialmente com essas gestantes está

expresso no pouco número de pesquisas sobre o tema. Ao buscar pesquisas sobre o uso de drogas no Brasil, percebe-se que se sobressaem as que tratam dos homens, pouco é discutido sobre o uso de drogas entre mulheres, menos ainda sobre gestantes adictas.

Quando não se discute, não se reflete, não se apontam dados, não se evidenciam necessidades, pouco será transformado em termos de ação para diminuir a vulnerabilidade tanto da gestante quanto de seu feto.

Para melhor compreensão da temática, optou-se por apresentar a pesquisa em três seções. No primeiro momento faz-se a contextualização do tema, constituído pelo referencial teórico; a segunda seção, é composta pela apresentação das correntes da Bioética, a baseada no principialismo, a de proteção, a de intervenção, e o Serviço Social; na terceira, realiza-se uma discussão sobre as gestantes usuárias de drogas e o feto/neonato exposto ao uso, diante do olhar da Bioética e do Serviço Social.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais e as referências utilizadas que auxiliaram na composição desse estudo.

2 DROGAS, GESTANTES E NEONATOS

Na intenção de aprofundar a compreensão sobre o problema estudado, nesta seção, com base na revisão bibliográfica discorre-se sobre os temas: o que são drogas; o que é dependência química; CID-10 e DSM-V; mulheres e dependência química; período gestacional; mulheres gestantes usuárias de drogas; feto/neonato e drogas; síndrome de abstinência e abstinência em neonatos e neonatos de alto risco.

2.1 O QUE SÃO DROGAS

Droga é toda substância psicoativa[1] que compromete a estrutura humana e modifica de diversos modos a atividade mental do sujeito, repercutindo nas esferas psíquica, somática e neurovegetativa. As drogas são todas e quaisquer substâncias capazes de alterar as emoções, sensações e a consciência do indivíduo. Portanto, causam dependência e distorcem a realidade (ANTÓN, 2003).

De outro lado, as drogas se dividem em caráter lícito e ilícito. As lícitas são aquelas permitidas por lei e que tem comércio legalizado, mesmo que restrito para uma determinada faixa etária. No Brasil, tais drogas são o cigarro, álcool, medicamentos e alguns alimentos como: café e energético. As ilícitas por sua vez são proibidas por lei e para qualquer faixa etária. Estão entre elas: maconha, *crack*, cocaína, *ecstasy*, heroína e etc. (MALUF; MEYER, 2002).

O uso de drogas sempre esteve presente na história da humanidade, no início eram somente as drogas naturais, as extraídas de plantas, entretanto, com o desenvolvimento tecnológico passaram a existir as drogas sintéticas, que são produzidas em laboratórios, e podem ser consumidas de diversas maneiras (LARANJO, 2002; MALUF; MEYER, 2002).

---

[1] As drogas psicoativas influenciam as emoções, as percepções e o comportamento de uma pessoa (FELDMAN, 2015, p. 152). Por atuarem no cérebro e afetarem a atividade mental, são denominadas de psicoativas e se dividem em três formas: drogas que diminuem a atividade mental, conhecida como drogas depressoras, drogas que aumentam a atividade mental, chamadas de estimulantes e as drogas que alteram a percepção, que são chamadas de substâncias alucinógenas/psicodislépticas (FORMIGONI, 2014, p. 70-71).

Na sociedade brasileira, inúmeras drogas são acessíveis à população, sendo o momento atual, em meio à crise econômica e de turbulência na sociedade, identificado como o maior período com problemas relacionados às drogas (ASSOCIAÇÃO DE LIONS CLUBES INTERNACIONAL, 1994; PIRES, 2000; LARANJEIRA, 2003; FORMIGONI, 2014) são elas:

a) Nicotina: é uma droga lícita, encontrada nas folhas do tabaco, seu nome científico é nicotina *tabacum*, o qual tem como princípio ativo a nicotina. Tal droga é absorvida pela via oral ou pulmonar e, portanto, chega ao cérebro em poucos segundos. A nicotina causa dependência e acarreta inúmeras doenças fatais, contribui para o aumento da ansiedade e nervosismo.
b) Álcool: sua produção se dá por meio da fermentação do açúcar da cana, da uva, de cereais, de batatas, etc., no Brasil e em diversos países seu consumo é liberado. Algumas pessoas acreditam que essa droga é estimulante, porém, isso é incorreto, pois o álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central, provoca dores de cabeça, tonturas, náuseas, vômitos e prejudica a memória. O órgão mais afetado por essa droga é o fígado. O álcool como as demais drogas também causa dependência. O alcoolismo é uma doença, é um problema de saúde pública, sendo considerado mais grave que o tabagismo.
c) Medicamentos: pode-se citar os de “tarja preta”, cujas vendas são sob prescrição médica, são os medicamentos controlados que causam modificações no organismo das pessoas (por exemplo, os medicamentos antidepressivos). Os inalantes: gases anestésicos são usados como intoxicantes, utilizados pela área da saúde em geral. O éter inicialmente em forma de bolinhas de cera, depois passaram a ser consumidas em vidros ou latas de “lança-perfume”, seu cheiro é agradável e gera um entorpecimento mental. Solventes orgânicos são as colas de sapateiro e de aeromodelismo, gasolina, querosene, removedores de tinta, que causam sensações de euforia, excitação, de onipotência e alucinações. O nitrito de amilo tem cheiro de banana e cor amarelada, seus efeitos se dão na musculatura, fazem com que o indivíduo relaxe, podendo tornar o orgasmo mais prazeroso. O “cheirinho de loló” é a mistura do éter,

clorofórmio e qualquer essência, essa composição é muito tóxica para os rins, fígado, medula óssea e para o sistema nervoso. Desta maneira, um dos grandes riscos dos inalantes, é a morte por *overdose*, seu uso constante afeta de maneira irreversível o sistema nervoso, por sua vez, gera perda de memória, paralisação dos membros e afeta a coordenação motora. Os inalantes possuem um efeito depressivo sobre o sistema nervoso central, semelhante aos efeitos do álcool.

d) *Cannabis:* mais conhecida como maconha, é uma droga ilícita, psiconeurotóxica e muito perigosa não apenas pelos seus potentes efeitos farmacológicos que são capazes de provocar distúrbios mentais e comportamentos de risco, mas também por ser a via de acesso mais frequente para o submundo das drogas. Essa substância atua sobre o sistema nervoso, seu consumo pode ocorrer por meio de cigarro (“baseado”), em cachimbos e piteiras (piteiras especiais), e também pode ser ingerida com alimentos. No Brasil a maneira mais utilizada é por meio do cigarro. O comportamento do usuário varia de acordo com cada pessoa, exemplos: corpo leve, perda da percepção do tempo, falar demais ou permanecer em silêncio, distração, sonolência, e também pode ocasionar aceleração dos batimentos cardíacos, olhos avermelhados, boca seca, dilatação das pupilas, algumas pessoas podem entrar em pânico e ter alucinações.

e) Cocaína: é uma substância química, a qual é extraída de uma planta chamada coca (*erytrxylon* coca). Na antiguidade seu uso era vinculado à religiosidade, com o intuito de combater as fadigas e reanimar o indivíduo, portanto, essa droga é conhecida há milhares de anos. Por meio da folha é extraído o pó, o qual misturado com bicabornato e revestido com querosene, é acrescido o ácido sulfúrico, água e carbonato de cálcio, resultando na pasta da cocaína. No início do consumo, seus efeitos são agradáveis e convidativos, entretanto, com o decorrer do uso, os efeitos passam a ser negativos. Cada pessoa reage de uma maneira, podendo ocorrer alucinações, aceleração dos batimentos cardíacos, vômitos e tremores. Quando o uso se torna constante, é possível perceber as alterações de personalidade e o usuário passa a ter alucinações visuais e

auditivas. Consequentemente ocorrem alterações psicológicas, paranoias, agressividade, depressão e, com isso, o sistema nervoso é acometido.

f) *Crack*: é a cocaína na sua composição sólida, portanto é riquíssimo em impurezas. Tal droga passou a ser conhecida rapidamente tendo em vista o seu baixo custo. O *crack* libera vapores altamente tóxicos, sua absorção ocorre pelas vias respiratórias e chega ao cérebro em cinco (5) segundos. Tal rapidez causa efeitos devastadores, pois modifica instantaneamente a consciência do indivíduo e, portanto, age no centro cerebral. Seu efeito é veloz, contudo acaba em torno de dez (10) minutos. Essa droga causa dependência em curto tempo e destrói rapidamente os neurônios, podendo deixar o usuário em estado de euforia, compulsão, e contribui com um elevado índice de impulsionar a pessoa ao crime.
g) Anfetaminas: são drogas sintetizadas em laboratórios, agem nas conexões nervosas, tal fato contribui para que aumente a liberação da noradrenalina e a dopamina. Quando a pessoa usa doses moderadas seus efeitos podem ser de alerta, euforia e maior capacidade de concentração. Já quando o uso é ao contrário, podem ocorrer confusão mental, delírios que podem gerar alucinações. O *ectasy* aumenta a produção de serotonina, provoca euforia e por sua vez gera alucinações. Esta droga se tornou popular nas "*raves*[2]" e o perfil do usuário são jovens de classe média alta.
h) LSD: é uma droga alucinógena que atua no sistema nervoso e afeta o indivíduo de três (3) maneiras: por despersonalização (impressão de estar dividido em dois), por desrealização (perde o sentido da realidade) e por alterações sensoriais (alterações dos sentidos, sensações estranhas de ouvir, ver objetos que falam e que se movam). Esta droga pode ser utilizada pelas vias orais e pode ser aspirada e/ou injetada.

Drogas são substâncias que produzem alterações na consciência, nas sensações e no estado emocional do indivíduo. Essas modificações variam conforme o tipo consumido, as características da pessoa e as circunstâncias em que

---

[2] *Rave* é o termo da língua inglesa que se refere a delírio, significado se traduz bem o intuito das festas (DICIONÁRIO CAMBRIDGE, 2016, *online*).

se dá o uso. Segundo Laranjo (2002), as pessoas utilizam drogas com o propósito de alcançar determinados efeitos em um dado contexto sociocultural.

Neste estudo, optou-se por utilizar o termo drogas, que quando citado significará álcool e as drogas ilícitas.

2.2 O QUE É DEPEDÊNCIA QUÍMICA

A dependência química é reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) como uma patologia, sendo tanto de uma ou mais substâncias psicoativas e se caracteriza pelo fato do usuário sentir que a droga é tão indispensável ou mais, que as suas necessidades básicas.

Também conhecida como *síndrome da dependência*, a dependência química se acentua com o decorrer do tempo. Tal doença é crônica e incurável, contudo, há tratamento. Entretanto, o resultado do tratamento dependerá do real e sincero desejo do usuário, pois ninguém trata o adicto[3] se ele não o quiser verdadeiramente.

Essa patologia é entendida como a mais desafiante de todo o século (CUNHA, 2006), uma vez que há evidente permeabilidade, seu uso se dá em todas as camadas sociais, “desde os mendigos até os mais altos membros da sociedade. Todas as faixas etárias são atingidas” e como consequência é “cada vez mais comum filhos de mulheres viciadas nascerem com dependência de heroína, cocaína, crack, ou contaminados pelo HIV” (PIRES, 2000, p.14).

Humberg (2002), analisa o perfil dos adictos e acrescenta que a questão não é reservada a alguns, ao contrário:

> [...] os dependentes são como toda a população: lindos, feios, bonitos, gordos, magros, professores, doutores, industriais, pedreiros, desempregados, inteligentes, sensíveis, insensíveis. São como todos nós. É também dedicado afeiçoado, apegado [...] (p. 61).

Deve-se evitar dizer, nas questões relativas a esse tema, que existe “o dependente”, mas, sim, pessoas com dificuldades. Segundo Humberg (2002), o usuário de droga é uma pessoa como qualquer outra, contudo, *tem* uma dificuldade

---

[3] O adicto é a pessoa cuja vida é controlada pelas drogas (NA,1991).

crônica e tratável. A dependência inclui a compulsão[4], que torna-se um desejo incontrolável para a pessoa, a qual precisa de tratamento para aprender a controlar e lidar com essa dificuldade.

Não se deve esquecer que antes de tudo, o adicto é um ser humano, que merece, deve ser respeitado e tratado, para que desta forma possa usufruir das suas capacidades e aprender a lidar com suas dificuldades. Humberg (2002), ressalta que não é preciso ter pena, o adicto não é menos que ninguém e tem direito a uma vida digna, trabalhar, amar, ficar feliz ou triste. A autora acrescenta que o indivíduo só não pode ingerir bebidas alcoólicas e usar drogas.

Os familiares, os amigos que acompanham diariamente o sofrimento dos dependentes de drogas lícitas e ilícitas, se tornam em muitos casos codependentes[5] da situação e do adicto. A convivência dos familiares com o usuário faz com que estas pessoas adoeçam emocionalmente e, desta maneira, é indispensável que o familiar e/ou amigos também realizem tratamento (CUNHA, 2006). Programas de acompanhamento aos familiares vem sendo desenvolvidos com intenção de propiciar acolhimento solidário e de oferecer orientação para que possam colaborar para a recuperação do seu familiar (MOREIRA, 2004). Porém são mais iniciativas da sociedade e menos das políticas públicas, embora recentemente tenha sido lançado um programa pelo governo federal (Crack, É Possível Vencer) onde consta o item cuidado com a família do dependente; note-se que junto ao Ministério da Justiça e não ao da Saúde, o que reflete equívoco (BRASIL, 2011a).

A dependência química acomete o indivíduo nas suas esferas biopsicossociais e isso contribui para que a pessoa se afaste das suas relações pessoais e sociais, colocando em risco a sua própria vida. Diante do que, o abuso de drogas mais que individual, é um problema de saúde pública. Neste contexto, a proposta da bioética de intervenção, a qual será abordada na próxima seção,

---

[4] Impulso irresistível, sentido como urgente, de uma tendência para realizar este ou aquele ato, que se executa para além de qualquer controle e além da emoção. Pode haver compulsão a repetir mesmo experiências dolorosas que não foram compreendidas pelo indivíduo, e que este repete sem compreender conscientemente por que o faz. Por isso, precisa de ajuda profissional (HUMBERG, 2002, p. 60).

[5] Para Cunha (2006, p. 13), a codependência é uma patologia desenvolvida de forma sutil, isso ocorre em razão do convívio com o dependente, da interação com a sua conduta inadequada, e que se dá exatamente porque não se sabe como ajudá-lo. Tornando-se assim vícios de comportamentos que são adquiridos durante o período da convivência.

contribuirá para o desenvolvimento de políticas públicas específicas que visem a pessoa, a família e a sociedade.

Considerando que no futuro, a humanidade continuará buscando meios de consumir drogas, é imprescindível, desenvolver ações que visem a prevenção[6] ao seu uso, entendendo que quanto mais tarde esse uso se der, menos chances de estabelecer a dependência. Maluf e Meyer (2002) apresentam os três níveis de prevenção:

> **Prevenção Primária:** tem como objetivo evitar que a pessoa experimente drogas ou adiar essa experimentação. [...] quando retardamos o início do uso, ganhamos tempo para o amadurecimento dessa criança ou desse jovem. Assim, eles gradativamente vão se tornando mais responsáveis pelos seus atos, com melhores condições de avaliá-los, o que pode diminuir o risco de ser tornarem dependentes.
> **Prevenção Secundária:** tem como objetivo evitar que a experimentação e/ou o uso ocasional tornem-se frequentes, ou atinjam níveis de dependência, além de evitar episódios de abuso de drogas.
> **Prevenção Terciária**: são ações ligadas ao tratamento da dependência química, tais como: encaminhamento, prevenção de recaídas e reinserção social do dependente (p.19 -20, grifo do autor).

As ações de prevenção primária, podem ocorrer por meio de projetos na rede de educação, uma ação que ocorre no país é o Programa Educacional de Resistência às Drogas[7] (PROERD). O programa entende que para prevenir o uso de drogas é preciso se aliar à educação, desde muito cedo, para alcançar êxito a escola pode contribuir estimulando e orientando. As crianças e os jovens podem ser orientados e estabelecer “hábitos saudáveis no seu cotidiano” se pedagogicamente estimulados “a buscarem e desenvolverem sua identidade e subjetividade” (MEYER, 2003, p. 5). Outra estratégia está a encargo também da educação escolar: “promover e integrar a educação intelectual e emocional, incentivar a cidadania e a responsabilidade social”, pois como diz Meyer, “Trata-se de discutir o projeto de vida dos alunos e da sociedade, ao invés de dar ênfase às consequências” (2003, p. 5).

---

[6] Prevenir é todo e qualquer ato que tem como objetivo chegar antes que determinado fato aconteça, ou seja, precaver. Assim, poderíamos pensar que a prevenção ao uso de drogas restringe-se à ação de evitar que a pessoa se aproxime ou faça qualquer tipo de uso dessas substâncias, mas a questão é um pouco mais complexa do que isso. O desafio da prevenção, na verdade, é conseguir conviver com drogas legais e ilegais, garantindo a vida e a saúde (MALUF; MEYER, 2002, p. 19).

[7] O Programa Educacional de Resistência às Drogas - PROERD é a adaptação brasileira do programa norte-americano *Drug Abuse Resistence Education* - D.A.R.E., surgido em 1983. No Brasil, o programa foi implantado em 1992, pela Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, e hoje é adotado em todo o Brasil.

O Brasil dispõem atualmente da política pública sobre drogas, regida pela Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas[8] (SENAD). Por meio da Lei n. 11.343/06 instituiu-se o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas que tem como finalidade “articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico” (DUARTE; BRANCO, 2011, p. 27). As autoras consideram bastante adiantada a legislação, no entanto não se faz menção a mulher usuária em gestação, tampouco ao seu neonato.

A *United Nations Office on Drugs And Crimes* (UNODC, 2017) se dedica a estudar e promover, por meio de suas ações internacionais e publicações, a prevenção ao uso de drogas. Está presente no Brasil com projetos que atingem as famílias (em fase de projeto-piloto), a escola (com metodologias diferenciadas conforme a idade dos alunos) e o ambiente de trabalho. Não há registro de programa referente ao tema aqui pesquisado.

2.3 CID-10 X DSM-V

Em 1893 emergiu um acordo internacional que classificava as causas de morte, a Classificação Internacional de Doenças (CID). Inicialmente propôs-se uma revisão há cada 10 anos para incorporar a descoberta de novas doenças. A sexta revisão aconteceu em 1948, momento no qual foi acordado que a OMS se tornaria responsável pela CID e por suas futuras revisões. Desde então, houveram diversas ampliações, uma delas é que a CID deixou de ser apenas uma classificação de causas de morte e se tornou uma classificação de doenças. Desse modo, a CID tem a finalidade de padronizar a codificação de doenças oficialmente reconhecidas e outros problemas relacionados à saúde (LAUREN, 1994, p.112-126).

Atualmente a CID está em sua décima versão, aprovada pela Conferência Internacional para a Décima Revisão que ocorreu em 1989 e adotada pela Quadragésima Terceira Assembleia Mundial de Saúde, quando foi estabelecido que entraria em vigor em primeiro de janeiro de 1993. As revisões da CID não ocorrem

---

[8] Foi criada pela Medida Provisória n. 1669, de 1998 e posteriormente transferida para a estrutura do Ministério da Justiça pelo Decreto n. 7.426, de 7 de Janeiro de 2011. Assim como o Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas - CONAD e a gestão do Fundo Nacional Antidrogas – FUNAD.

mais a cada 10 anos e a sua última atualização aconteceu há mais de 20 anos, entretanto, a OMS publica anualmente atualizações da tabela de doenças.

Desde 1948 a OMS incluiu na CID uma seção sobre diagnósticos mentais; conforme a CID-10 a dependência química está descrita no capítulo V na F. 19, como os “transtornos mentais e comportamentais devido ao uso de múltiplas drogas e ao abuso de substâncias psicoativas e está associada a dependência química” (BRASIL, DATASUS, 2008), como segue:

> F19.0 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – intoxicação aguda;
> F19.1 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – uso nocivo para a saúde;
> F19.2 – Transtornos mentias e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas – síndrome de dependência;
> F19.3 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome (estado) de abstinência;
> F19.4 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome de abstinência com *delirium*;
> F19.5 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico;
> F19.6 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - síndrome amnésica;
> F19.7 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno psicótico residual ou de instalação tardia;
> F19.8 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - outros transtornos mentais ou comportamentais;
> F19.9 – Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de múltiplas drogas e ao uso de outras substâncias psicoativas - transtorno mental ou comportamental não especificado.

Quanto aos Diagnósticos dos Transtornos Mentais, foi criado em 1952 pelo Comitê de Nomenclatura e Estatística, da *American Psychiatric Association*, o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM). Sua criação se deu a partir da CID-6 (1948) com o intuito de classificar as doenças mentais e elaborar uma lista de diagnósticos categorizadas com um glossário que discorria sobre a parte clínica de cada categoria e diagnóstico. Desde então o DSM já teve 4 edições e 2 revisões, atualmente está em vigência o 5°, lançado em 2013, tendo como objetivo final “garantir que a nova classificação, com a inclusão, reformulação

e exclusão de diagnósticos, fornecesse uma fonte segura e cientificamente embasa para aplicação em pesquisa e na prática clínica” (ARAUJO; NETO, 2014, p.70).

Diversas mudanças ocorreram no DSM-V, umas delas se deu no termo utilizado para dependência química, o qual passou a ser chamado de Transtorno de Uso de Substâncias (TUS). Tal alteração ocorreu tendo em vista, que ao utilizar dependência química, a terminologia era pejorativa e por sua vez, entendeu-se que estigmatizava ainda mais o sujeito.

A CID e o DSM são semelhantes, pois tem como objetivo classificar, porém são distintos. A CID pode ser utilizada para pesquisas e com isso propicia um mecanismo para compreender os padrões de doenças. Enquanto, o DSM deseja moldar a prática mais ampla da psiquiatria, com isso tal documento tem sido considerado com uma tendência mais ambiciosa:

> A principal crítica acerca do DSM-5 é de que esta classificação tornou-se pouco criteriosa fazendo aumentar o número de pessoas que podem ser diagnosticados com algum transtorno mental. No entanto, é preciso notar que o manual não deve ser usado como uma simples lista de sintomas para serem assinalados por indivíduos não habilitados, pois isso implicaria em falsos diagnósticos positivos. Quanto à inclusão de novos transtornos mentais na classificação é importante reconhecer que eles representam problemas graves que trazem sofrimento e prejuízo a pessoas que, até então, poderiam não receber diagnóstico e tratamento adequados (ARAÚJO; NETO, 2014, p. 82).

Os problemas ocorridos entre ambos tem se expressado em decorrência dos nomes, entende-se que houve um atropelo no momento em que foi pensado na inclusão dos usuários de drogas. Com isso os profissionais da saúde ficaram confusos e muitos não aderiram as terminologias sugeridas pelo DSM. Baseado nisso, nesta pesquisa optou-se por abordar o termo dependência química, por entender que atualmente essa terminologia contempla a temática em questão.

2.4 MULHERES E DEPENDÊNCIA QUÍMICA

No que se refere ao universo feminino, é válido salientar que as mulheres sempre consumiram drogas, contudo, esse uso era mais restrito. A mulher era considerada como a responsável por cuidar do lar, tal papel foi instituído socialmente e contribuiu para que o uso de drogas fosse mais oculto, tendo em vista, que esta ação não era compatível com o significado atribuído do lugar da mulher no lar.

A partir da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se uma mudança na estrutura social da mulher, a qual passou a exercer funções no mercado de trabalho, participações nos espaços científicos, políticos e culturais (SIELSKI; MATOS, 2009, p. 20). Segundo Wolle e Zilberman (2011, p. 375) derivam da “aproximação dos papéis sociais masculinos e femininos” certas mudanças de comportamento, como por exemplo: “trabalhar fora de casa e frequentar bares são exemplos de ações que são compartilhadas por homens e mulheres, o que amplia as oportunidades femininas para beber e usar substâncias.”

Sielski e Matos (2009), expõem que essa modificação social está relacionada a elevada incidência das mulheres que consomem drogas, principalmente as drogas lícitas, anfetaminas, calmante e álcool. Após tal mudança, o uso de substâncias deixou de ser velado, passou a ocorrer nos espaços públicos e não apenas no âmbito doméstico. Com isso a sociedade passou a notar o envolvimento das mulheres com o uso de drogas. Convém pontuar que as mulheres sempre consumiram drogas, o uso não é um acontecimento recente, todavia, na sociedade hodierna é possível visualizar o reflexo do aumento do consumo.

De acordo com dados do *EMCDDA 2000 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union* (Relatório Anual 2000 sobre a situação da o problema da droga na União Europeia), *Problems facing women drug users and their children* (Problemas enfrentados por mulheres usuárias de drogas e seus filhos), mundialmente as mulheres consomem menos drogas do que os homens. Importa entender que existem diferenças no consumo entre homens e mulheres, as quais são complexas, dependem da substância ingerida, da idade da pessoa, do grupo social a qual pertence, do nível de escolaridade, dos fatores ambientais, psicológicos, socioeconômicos e culturais.

As mulheres passaram a usar tabaco desde a adolescência. Alguns autores relatam que esse aumento pode ter sido ocasionado em decorrência dos cigarros direcionados a este público, pelo sentimento de liberdade e poder após o consumo do cigarro (REINALDO; GOECKING; SILVEIRA, 2012; MALCON; MENEZES; CHATKIN, 2003). Conforme estudos científicos (USP, 2011), as mulheres fumantes têm maior risco de sofrerem de Transtorno Mental Comum (TMC). Conforme pesquisa realizada pela Universidade de São Paulo, o transtorno mental comum é causado por uma ruptura do funcionamento normal das funções neurológicas, seus

sintomas podem ser de esquecimento e dificuldade de concentração. Esse mesmo estudo não encontrou nenhum TMC de tabagismo entre os homens (USP, 2011).

Por sua vez, o tabaco também é prejudicial ao aparelho reprodutor feminino, podendo causar a aceleração do processo de menopausa, aumento de inflamações infecciosas do trato genital, câncer de colo de útero e diminuição de 30% da fertilidade. Conforme Wolle e Zilberman (2011, p. 376), “quanto ao tabaco, as mulheres também apresentam níveis plasmáticos menores de nicotina, mas tendem a tragar com mais frequência e mais intensidade para obterem o mesmo efeito”.

Referindo-se ao álcool, o consumo entre as mulheres é menor se for comparado ao dos homens, contudo, estatísticas apresentadas pelos Estados Unidos da América (EUA) e Europa, apontam que essa diferença vem diminuindo nos últimos quinze anos. Estudos revelam que em países onde a proporção era de 10 (dez) homens alcoolistas para uma mulher, atualmente é de apenas 5 (cinco) homens para 3 (três) mulheres (SIELSKI; MATOS, 2009).

É importante enfatizar que a dependência do álcool se desenvolve mais rapidamente entre as mulheres, tal fato é destacado por Wolle e Zilberman (2011) como efeito telescópio[9]. As autoras ressaltam que a diferença de gênero, a razão do uso, as diferenças metabólicas, as comorbidades psiquiátricas e físicas, fatores genéticos, socioculturais e os efeitos psicológicos das substâncias são razões que diferenciam o uso de drogas entre mulheres e homens.

A mulher é mais sensível a droga, isso se dá porque seu corpo tem menor volume de água. Consequentemente, concentra maior nível de álcool no sangue, mesmo tendo ingerido igual quantidade de bebida que um homem.

Referente ao uso de cocaína, opiáceos e maconha, Wolle e Zilberman (2011, p. 376) apresentam as reações que ocorrem nas mulheres:

> As mulheres também demonstram reações diferentes das dos homens, embora as evidências e explicações sobre essas diferenças ainda não seja muito consistente. Foi observado que mulheres têm uma resposta subjetiva à cocaína inalada mais duradoura, enquanto os homens, uma resposta mais intensa e mais rápida. A mulher também apresenta uma intoxicação mais acentuada durante sua fase folicular, visto que na fase lútea a mucosa nasal se torna mais viscosa, o que limita a absorção da substância, diminuindo os

---

[9] Conceito utilizado na literatura especializada. Segundo o qual, as mulheres iniciavam o tratamento com histórias mais curtas de problemas com álcool do que os homens, mas com sintomas equivalentes (WOLLE; ZILBERMAN, 2011).

> níveis plasmáticos. Em relação a maconha e opiáceos, especula-se acerca de uma potencial influência dos hormônios sexuais.

Em decorrência do consumo de drogas, as mulheres desenvolvem mais sentimentos depressivos, culpam-se pelo uso abusivo e por sua vez passam a ter mais conflitos familiares.

No Brasil, de acordo com os resultados da pesquisa realizada pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) – Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack (BASTOS; BERTONI, 2014) – a faixa etária das mulheres usuárias de *crack* entre 18 e 24 anos é de 37,41%. Esse número é maior se comparado ao número de homens que usam *crack* nesta mesma faixa etária, os quais apresentam o percentual de 29,67%. Entre 25 e 29 anos o percentual de mulheres que consomem a droga é de 18,31%, entre 30 e 34 anos é de 14,93% e entre 35 e 39 anos sobe para 17,93%.

Silva e Kruno (2014) argumentam que o consumo do *crack* entre as mulheres propicia que as mesmas se prostituam e, também como consequência estando fora do seu equilíbrio mental, façam sexo sem uso de preservativo. Tais comportamentos contribuem para à gravidez indesejada e para as doenças sexualmente transmissíveis. No decorrer das últimas décadas é possível analisar que as características do consumo de drogas foram alteradas expressivamente; isso contribuiu para a elevação da problemática do uso de drogas na atualidade (BARBOSA JR. et al., 2009; BRASIL, 2011b).

Especificamente o consumo do *crack* tem aumentado justamente junto aos mais vulneráveis socialmente no país, e a relação situação econômica e epidemia da Aids se evidencia, para obter a droga a moeda de troca é o sexo, e as mulheres usuárias estão em maioria nessa situação (MALTA et al., 2008; CURITIBA, 2014).

A dignidade da pessoa humana está em questão, no entanto as políticas públicas parecem estar mais direcionadas ao proibicionismo e menos ao atendimento da consequência da drogadição. Pessoas que são deixadas de lado, inclusive a mãe dependente que carrega um filho dependente em seu ventre. Cabe, portanto, que a Bioética venha em auxílio.

2.5 PERÍODO GESTACIONAL

Maldonado (2002), discorre sobre os três períodos cruciais de transição que estabelecem verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade, os quais são:

a adolescência, a gravidez e o climatério. Esses períodos são biologicamente determinados, se caracterizam por alterações metabólicas complexas que necessitam de novas organizações, reajustes interpessoais e intrapsíquicos, além da mudança de identidade.

O período gestacional, é considerado um momento em que ocorrem inúmeras modificações na vida e no corpo da mulher, tais como: físicas, fisiológicas, psicológicas e sociais. Nesta fase, os hormônios femininos são mais elevados, isso ocorre, tendo em vista a necessidade do corpo da mulher se adequar para o desenvolvimento embrionário. Segundo Baptista e Baptista (2005), essas mudanças podem desencadear ansiedade, alteração de humor, irritação, insônia, mudança de apetite, propiciando assim um estado depressivo. A gestação contribui para que a mulher vivencie um estágio de maior vulnerabilidade, e com isso, podem desenvolver transtornos emocionais.

Sobre a gravidez e as mudanças provocadas na vida da mulher, Maldonado, explica que gestar filhos “faz parte do processo natural do desenvolvimento”. Distingue-se pela “necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar verifica-se mudança de identidade e uma definição de papéis – a mulher passa a se olhar e ser olhada de maneira diferente” (2002, p. 26).

O papel social se altera, a agenda profissional é passível de ser revisada, reflexos econômicos são sentidos, as mulheres podem enfrentar privações inclusive de ordem afetiva. A tensão pode se elevar, as gestantes muito corriqueiramente temem pelo seu futuro, assim, os sentimentos de raiva e ressentimento contribuem para que em alguns momentos esse período não seja entendido como gratificante.

Referindo-se ao feto, dentro do útero, este é submetido a influências, informações e estímulos essenciais para o seu desenvolvimento, assim, logo nos primeiros dias de gravidez começa a aprender e se desenvolver (MARTINS FILHO, 2014). O estado nutricional da gestante deixa de ser algo que influencia apenas seu corpo e passa a influenciar diretamente o feto, para que desta forma possa crescer e se desenvolver.

A mortalidade infantil é uma das consequências da desnutrição materna, mas aos que sobrevivem resta lidar com o resultado do baixo peso ao nascer: dificuldades respiratórias e déficit imunológico (VITOLO, 2003; ACCIOLY; SAUNDERS; LACERDA, 2009; PRATI, 2011). Desta maneira a nutrição da mulher na gravidez é de grande relevância. Os assuntos que abordam o início da vida são

discutidos no campo da Bioética, assim, esse espaço possibilita refletir sobre o período gestacional.

2.6 MULHERES GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS

Imprescindível para a reflexão é o uso e abuso de drogas entre as mulheres gestantes. A fim de identificar tal problema, recorreu-se à alguns dados, os quais serão relatados na sequência.

Nos EUA o uso de drogas tem crescido espantosamente. Dados da Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde, revelam que aproximadamente 6% das mulheres gestantes com faixa etária entre 15 e 44 anos utilizam drogas ilícitas (THE DAILY TELEGRAPH, 2013, *online*).

Mitsuhiro e Laranjeira (2011, p. 383) também já tinham apontado que “estudos de prevalência de uso de substâncias psicotrópicas durante a gravidez são raros. Esse contexto é ainda pior nos países em desenvolvimento, onde a produção científica nessa área é ainda menor”.

No Brasil, a pesquisa sobre o uso do *crack* realizada pela FIOCRUZ (2014), aponta que 37,41% das mulheres que o consomem têm entre 18 a 24 anos e 18,31% têm entre 25 e 29 anos, pode-se perceber que a faixa etária que mais concentra mulheres usuárias é a dos 18 aos 29 anos. Considerando-se que este é um período de alto índice de reprodução, as chances de uma gravidez nesta fase aumentam significativamente. De acordo com os dados da mesma pesquisa, 46% das mulheres pesquisadas declaram que durante a sua vida já passaram por quatro ou mais gestações. Cerca de 60% das mulheres que já passaram por uma ou mais gravidez, afirmaram que pelo menos uma gestação ocorreu após o início do uso de *crack* e outras drogas, destas 30% relataram que ao menos uma gravidez não evoluiu até o fim ou teve um feto natimorto (FIOCRUZ, 2014).

Deste cenário, é possível analisar que a problemática do uso de drogas entre as mulheres gestantes é grave e crescente, sendo [...] um problema cada vez mais comum na prática obstétrica atual (MARTINS-COSTA et al., 2013). O consumo de drogas no período gestacional é um problema preocupante, pois além de acarretar sérios danos a vida e a saúde da mulher, compromete a formação e o desenvolvimento do feto.

Praticamente tudo o que uma mulher gestante ingere chega até o útero. Desse modo, o álcool e as drogas são capazes de permear a placenta, assim como acontece com a água, com o gás carbônico e com o oxigênio. Este fator faz com que a vulnerabilidade se torne maior para o embrião nos meses inicias da gestação, pois neste momento o seu desenvolvimento é mais veloz (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

O uso de drogas entre mulheres gestantes aumenta os riscos de deslocamento de placenta, aborto espontâneo, trabalho de parto prematuro e respostas psicóticas (SPRINGHOUSE CORPORATION, 2005, p. 484). As drogas consumidas pelas gestantes possuem efeitos teratogênicos, por sua vez causam má formação no desenvolvimento do feto.

Conforme o período de exposição do feto ao uso de drogas, os efeitos podem ser sutis ou profundos, segundo Kenner (2001), incluem anomalias congênitas, asfixia, prematuridade, distúrbios cardíacos e respiratórios, anormalidade do sistema nervoso central e morte. A autora ressalta que "pode ocorrer retardo do crescimento intra-útero [...], possivelmente por redução do fluxo sanguíneo para a placenta induzida pela droga, o que reduz o fornecimento de nutrientes para o feto", sem esquecer da exposição direta "ao vírus da imunodeficiência humana (HIV)" (KENNER, 2001, p. 179).

Entre as consequências para o parto propriamente dito, está o sofrimento fetal e a antecipação em prejuízo ao bebê; após o nascimento estarão presentes "desvios de comportamento que comprometem a ligação entre pais e bebê, irritabilidade, choro contínuo e alimentação deficiente" (KENNER, 2001, p. 179).

Desta maneira, uma gestante nunca ingere bebida alcoólica e drogas sozinha, porque tudo que é consumido, é compartilhado com o feto. O abuso de álcool especialmente nos primeiros estágios, é crucial, pois pode interromper o desenvolvimento fetal.

A placenta é como uma malha fina e qualquer substância química pode ultrapassá-la, quando a mãe usa drogas, essas substâncias passam por meio da barreira placentária e penetram na corrente sanguínea do feto. Por sua vez, a droga retarda e compromete o desenvolvimento do feto.

Entende-se que o binômio, mãe e filho necessitam de tratamento diferenciado, pois ambos são vulnerados. A bioética de proteção, reflete acerca da

vulnerabilidade dos indivíduos frente às situações que os vulnerabilizam, tema a ser apresentado na próxima seção desse trabalho.

2.7 FETO/NEONATO X DROGAS

No início dos anos 1960, foi identificado que a placenta não preserva o feto contra os medicamentos ingeridos pela gestante. Os profissionais da saúde constataram isso por meio de um fármaco chamado talidomida que agia como tranquilizante. Aproximadamente 12 mil neonatos nasceram com a ausência de membros, graves deformidades faciais e órgãos com má formação em decorrência do uso do medicamento (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Sendo assim, a Comissão de Drogas da Academia Americana de Pediatria (AAP) em 1994 orienta que mulheres gestantes ou que estejam no período de amamentação não devem utilizar nenhum tipo de medicamento, salvo com orientação médica e em casos relevantes para a sua saúde ou do neonato.

De acordo com estudos, nos EUA, 01 em cada 750 neonatos nascem com a síndrome alcoólica fetal[10] (SAF) (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006). Esta síndrome foi reconhecida em 1968 e consta na CID 10: Q86.0. Suas consequências provocam o atraso do desenvolvimento pré e pós-natal, ocasionam deformidades nos traços faciais e corporais, atrasam o desenvolvimento neuropsicomotor e a causam frequentemente deficiência intelectual no recém-nascido, “uma criança com SAF frequentemente apresenta comprometimento da fala e enfraquecimento das funções motoras finas e gerais” (CURTIS; SCHULER, 2004; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

O consumo de nicotina no período gestacional também acomete o crescimento do feto, causando o retardo do crescimento intrauterino (RCIU), elevando o risco de nascimento prematuro e mortalidade perinatal. O uso do cigarro é determinante uma vez que “fumar interfere na absorção pela mulher de vitaminas B e C e ácido fólico. A falta de ácido fólico pode resultar em defeitos do tubo neural e aumento no risco de complicações relacionadas à gravidez” (VITOLO, 2003, p. 39).

---

[10] A síndrome alcoólica fetal é um conjunto de anomalias apresentadas por crianças cujas mães ingeriram grande quantidade de álcool durante a gravidez, e é a principal causa de retardamento mental (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2006).

Quanto as drogas ilícitas, as gestantes dependentes de codeína, morfina e heroína estão predispostas ao aborto espontâneo, a conceber recém-nascidos prematuros, bebês com baixo peso, com menor circunferência craniana e neonatos com síndrome de abstinência neonatal[11] (SAN), dependentes das mesmas drogas utilizadas pela genitora (ANAD, 2014). Essa síndrome teve um aumento significativo na última década, entretanto estudos sobre a sua incidência, alterações demográficas e tratamento hospitalar ainda não são satisfatoriamente definidos (ANAD, 2014).

No período gestacional, o uso de maconha tem efeitos duradouros no feto exposto, segundo Feldman (2015) o abuso dessa droga afeta a capacidade do sistema imune de combater germes e aumenta o estresse sobre o coração. A fumaça por sua vez danifica os pulmões, tal fato assemelha-se com os danos do uso do cigarro e leva a uma maior probabilidade do desenvolvimento de doenças pulmonares e câncer. Diante da bioética de intervenção, é possível propor políticas públicas que visem a qualidade de vida dos recém-nascidos que são acometidos pela síndrome de abstinência neonatal, os quais estão sendo excluídos das políticas públicas.

2.8 SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA X ABSTINÊNCIA EM NEONATOS

As drogas causam dependência e o rompimento do uso faz com que o indivíduo tenha mal-estar, acometimento mental e físico, o qual é chamado de síndrome de abstinência. Essa síndrome causa graves incômodos ao organismo e alterações de comportamento. Tais sintomas tornam-se mais intensos com o decorrer dos dias e o adicto pode ter convulsões, tremores, disforia, insônia, ansiedade, alucinações, descontrole psicomotor, taquicardia e hipertensão.

A síndrome de abstinência pode ser encontrada de duas formas: a síndrome de abstinência aguda (SAA) quando os sintomas provocados pela ausência da droga no organismo ocorrem de 3 a 10 dias após o último consumo da substância; e a síndrome de abstinência demorada (SAD), que baseia-se no período de sobriedade que ocorre transcorridos alguns meses e até anos após o uso de drogas.

---

[11] É uma síndrome conhecida como a retirada neonatal, sendo causada pela cessação da exposição ao fármaco, antes ou depois do nascimento (YJML, 2014, *online*).

A síndrome de abstinência é comum tanto para indivíduos que consumiram drogas lícitas como ilícitas. Conforme apresentado no subtítulo anterior, o feto exposto ao uso de droga pela gestante, é acometido pela síndrome alcoólica fetal e pela síndrome de abstinência neonatal.

Segundo Kenner (2001), o feto exposto às drogas também pode se tornar viciado, o qual consequentemente precisará passar por tratamento de abstinência após o seu nascimento. Os sinais e as manifestações da abstinência de drogas nos recém-nascidos dependem da droga utilizada; o neonato pode ter modificações físicas e comportamentais.

Seguem os sintomas de abstinência nos recém-nascidos, de acordo com as drogas utilizadas pelas gestantes (SPRINGHOUSE CORPORATION, 2005, p. 485, 489):

1.Síndrome de abstinência de opiáceo no sistema nervoso central:

a) Convulsões
b) Tremores
c) Irritabilidade
d) Vigília aumentada
e) Choro agudo
f) Tónus muscular aumentado
g) Reflexos tendinosos profundos aumentados
h) Reflexo de Moro exacerbado
i) Bocejo exacerbado
j) Espirros exacerbados
k) Alterações rápidas no humor
l) Hipersensibilidade ao ruído e a estímulos

2.Sistema GI:

a) Alimentação deficiente
b) Sucção descoordenada e constante
c) Vômito
d) Desidratação

e) Ganho de peso deficiente

3.Sistema nervoso autônomo:

a) Sudorese aumentada
b) Congestão nasal
c) Febre
d) Mosqueamento
e) Instabilidade da temperatura
f) Frequência respiratória aumentada
g) Frequência cardíaca aumentada

4.Heroína:

a) Agitação e hiperatividade
b) Choro estridente e persistente
c) Bocejo ou espirro frequente
d) Reflexos tendinosos profundos aumentados
e) Reflexo de Moro diminuído
f) Alimentação e sucção deficientes
g) Frequência respiratória aumentada
h) Vômito
i) Diarreia
j) Hipotermia ou hipertemia
k) Sudorese aumentada
l) Ciclo de sono anormal

5.Álcool:

a) Dificuldade para estabelecer as respirações
b) Irritabilidade
c) Letargia
d) Atividade convulsiva
e) Tremor

f) Opistótono
g) Reflexo de sucção débil
h) Distensão abdominal

Os neonatos expostos às drogas choram excessivamente, têm dificuldade para se alimentar, o período de sono é encurtado, possuem comportamento de irritabilidade e podem sofrer convulsões. Seus "reflexos neonatais especialmente o reflexo de Moro[12], são altamente exagerados. O reflexo de sucção é forte e o neonato pode sugar as mãos e os punhos com frequência" (KENNER, 2001, p. 205).

Entre os recém-nascidos, os sinais da síndrome de abstinência iniciam-se entre 12 a 48 horas após o seu nascimento. Com o decorrer dos dias, os sintomas se agravam. Para tratar a síndrome de abstinência, seja ela em adultos ou recém-nascidos, é imprescindível identificar incialmente qual o tipo da droga utilizada, pois como relatado, cada substância se desenvolve de uma maneira no organismo do indivíduo e consequentemente a crise de abstinência se manifestará também de maneira distinta.

Tendo em vista o reconhecimento da síndrome alcoólica fetal e a síndrome de abstinência neonatal, entende-se que os neonatos de mães usuárias de drogas não estão recebendo direito à saúde, o qual é um direito de toda e qualquer pessoa. O fato é, qual a razão para a omissão do tratamento para esses recém-nascidos? Conforme o princípio da beneficência, deve-se pensar no melhor para a pessoa (paciente), neste contexto, o neonato exposto às drogas.

2.9 NEONATO DE ALTO RISCO

Logo após o nascimento, o neonato é classificado de acordo com a sua idade gestacional e com o seu peso, essas características determinarão se o recém-

---

[12] Os reflexos primitivos são respostas automáticas e estereotipadas a um determinado estímulo externo. Estão presentes ao nascimento mas devem ser inibidos ao longo dos primeiros meses, quando surgem os reflexos posturais. Sua presença mostra integridade do sistema nervoso central; entretanto, sua persistência mostra disfunção neurológica. É desencadeado por queda súbita da cabeça, amparada pela mão do examinador. Ao testar o reflexo de Moro, observa-se extensão e abdução dos membros superiores seguida por choro (PORTAL UNICAMP, 2017).

nascido corresponde ao período intrauterino; é de extrema importância realizar a avaliação de sua condição nutricional (VITOLO, 2003).

Segundo Kenner (2001, p. 158) recém-nascido de alto risco é “aquele que tem maior chance de morrer durante ou logo após o parto ou que tem um problema congênito ou perinatal que necessita intervenção imediata”; os avanços no âmbito da medicina têm contribuído para diminuir essa expectativa, além da sobrevivência “muitos têm poucos ou nenhum efeito residual da crise que marcou as primeiras horas após o nascimento”.

Desta maneira, os neonatos de alto risco necessitam de cuidados especializados em unidades intensivas neonatais (UCI neonatal), com profissionais capacitados para atuarem com esse público. Os objetivos dos cuidados com os recém-nascidos incluem evitar ou minimizar complicações, submeter o neonato a um estresse menor possível e intensificar a relação entre os pais e o bebê (KENNER, 2001). Sobre o que os profissionais podem fazer para o mais cuidadoso atendimento, Kenner (2001, p. 160) propõe:

> - Antecipar, prevenir e detectar problemas perinatais potenciais ou reais
> - Intervir precocemente em problemas identificados
> - Executar os procedimentos necessários de modo a minimizar os distúrbios ao neonato
> - Usar uma abordagem familiar
> - Planejar e coordenar cuidados de acompanhamento domiciliar

Os recém-nascidos prematuros são considerados de alto risco, tendo em vista que a prematuridade é um dos principais fatores que contribuem para esse estado. O baixo peso é outro fator que corresponde ao neonato de alto risco. Para Kenner (2001), os neonatos que foram expostos às drogas, são considerados de alto risco, pois as substâncias consumidas pela genitora acarretam inúmeras consequências no desenvolvimento dos mesmos.

Portanto, os neonatos de alto risco, devem ser analisados a partir do princípio da equidade, o espaço da saúde deve oportunizar e garantir o acesso e a qualidade nos atendimentos prestados, entendendo, que a realidade desse bebê é complexa e precisa de equidade na distribuição dos serviços de saúde prestados.

Após recuperar conceitos, trazer dados de pesquisas, aclarar as necessidades inerentes ao tema, na próxima seção, buscar-se-á apresentar algumas correntes da Bioética, o principialismo, a proteção e a intervenção, para apoiar a reflexão, e também discorrer sobre o Serviço Social.

3 BIOÉTICA E SERVIÇO SOCIAL

Esta seção objetiva analisar a questão da dependência química entre as mulheres gestantes e os fetos/neonatos expostos ao uso de drogas à luz das correntes bioéticas: principialista, de proteção, de intervenção. E desenvolver algumas contribuições a partir do olhar do Serviço Social.

3.1 O QUE É BIOÉTICA

Segundo Durand (1995) a palavra bioética é oriunda de duas terminologias gregas*, biós* = vida e *éthos* = ética. A discussão e reflexão bioética visa buscar respostas ponderadas diante dos conflitos atuais e futuros. A Bioética assume todos os problemas morais que se relacionam, diretamente ou não, com a vida física e com a vida psicoespiritual (LEONE; CUNHA; PRIVITERA, 2001, p. 90). A abordagem bioética deve ser pluralista e transdisciplinar a partir de visões complexas da totalidade concreta na qual se vive.

A Bioética emergiu nos EUA no início dos anos de 1970, na obra do biólogo Van Rensselaer Potter, que pretendia uma nova forma de analisar a vida e o mundo a partir da ética aplicada. Potter (2016) a definiu como a *ciência da sobrevivência humana*, delineou um percurso que iniciou com a criação do neologismo nos anos de 1970, até a perspectiva de verificar a Bioética como uma disciplina sistêmica ou profunda em 1988 (POTTER, 2016, p. 13).

Na definição original de Potter,

> [...] Essa nova ciência, bioética, combina o trabalho de humanistas e cientistas, cujos objetivos são sabedoria e conhecimento. A sabedoria é definida como ‘o conhecimento de como usar o conhecimento para o bem social’. A busca de sabedoria tem uma nova orientação porque a sobrevivência do homem está em jogo. Os valores éticos devem ser testados em termos de futuro e não podem ser divorciados dos fatos biológicos. Ações que diminuem as chances de sobrevivência humana são imorais e devem ser julgadas em termo do conhecimento disponível e no monitoramento dos ‘parâmetros de sobrevivência escolhidos pelos cientistas e humanistas’ (2016, p. 13).

Para o bioeticista brasileiro Volnei Garrafa (2005), a compreensão do que é Bioética depende de um contexto para o outro, de uma nação para a outra, isso também ocorre entre os estudiosos da área, que podem estar na mesma localidade

e entenderem a Bioética de maneira distinta. Correia (1996, p. 30) aborda a amplitude da definição: “Bioética – de vida e ética – é um neologismo que significa ética de vida. Esse primeiro sentido já indica um conceito de enorme abrangência: tudo o que é vida lhe compete”. E vai além no seu raciocínio, “daí a dificuldade de se dar à bioética uma definição sumária e adequada, uma vez que as definições tendem sempre a fixar fronteiras e a bioética não tem fronteiras, não se definindo” (CORREIA, 1996, p. 30).

Para Hossne, Albuquerque e Goldim (2007, p.146), a atuação da Bioética se dá no campo da “ética das (e nas) ciências da vida, da saúde e do meio ambiente. Trata-se de um campo bastante abrangente”. Enquanto Schramm, Anjos e Zoboli, expõem as diversas maneiras que a definem “e isso é resultado de pluralismo tanto moral como metodológico [...] uma pluralidade de sistemas organizados e coerentes de normas e valores para orientar a ação humana” e acrescentam “uma pluralidade de métodos de justificação de tais sistemas, além de uma pluralidade de tendências legítimas do saber bioético” (2007, p. 36).

No que se refere a reflexão realizada por Potter sobre a Bioética, essa se deu como uma *ponte* entre a Ciência Biológica e a Ética. Mas com o passar dos anos, o autor expande a Bioética no que concerne as demais disciplinas, e assim passa a considerá-la como uma dimensão da ética global: “o encontro da ética médica com a ética do meio ambiente para preservar a sobrevivência humana (2016, p.14).

A Bioética de Potter, foi produzida e fundamentada em quatro pontes, assim denominadas:

> (1) Ponte entre o presente e o futuro: a bioética é uma nova abordagem focada em interesses de longo alcance e com objetivos de salvaguardar a sobrevivência da humanidade;
> (2) Ponte entre ciência e valores: a bioética é uma nova disciplina que combina conhecimento biológico com o conhecimento dos sistemas de valores humanos;
> (3) Ponte entre a natureza e a cultura: a bioética abre-se para o futuro, aplicando o conhecimento científico das realidades biológicas e a natureza dos seres humanos com o objetivo de favorecer uma evolução cultural;
> (4) Ponte entre o ser humano e natureza: a bioética é uma nova ética que leva em consideração a nova ciência da ecologia e os seres humanos inter-relacionados com seu meio ambiente (2016, p.15).

Segundo Durand (1995), faz-se necessário uma abordagem interdisciplinar na Bioética, para “encontrar soluções adequadas”, e é a partir “da colaboração e da

interação das diversas ciências" que será possível "analisar as questões concretas de maneira total" (p. 19).

Referindo-se à Bioética brasileira, essa ocorreu mais tardiamente e de maneira orgânica, isso se deu nos anos de 1990. Seu desenvolvimento deu-se de maneira responsável, visando refletir, compreender e solucionar os desafios postos e os que emergiam resultantes da tecnociência ao mundo da saúde humana e da pesquisa biomédica (PESSINI; BARCHIFONTAINE; PRADO, 2007, p. 214). Mesmo tendo surgido no Brasil num ambiente já globalizado:

> no qual os principais problemas da pauta das discussões bioéticas da atualidade já estavam formulados (por exemplo questões, como aborto, eutanásia, transplante de órgãos, etc.), esta trouxe para a agenda bioética problemas específicos e originais, vinculados à realidade social, econômica, política e cultural dos povos da América Latina e, especialmente, da realidade brasileira, como os problemas de saúde pública e os desafios decorrentes das situações de injustiça e exclusão social (PESSINI; BARCHIFONTAINE; PRADO, 2007, p. 215).

É imprescindível destacar a importância da SBB[13] no país. Criada em 18 de agosto de 1992 e instituída em 18 de fevereiro de 1995, a SBB proporcionou grandes contribuições na história da Bioética brasileira e contribuiu para o fortalecimento do seu caráter plural e multidisciplinar. O Brasil, por sua vez, teve avanços significativos no campo da pesquisa e aplicação da Bioética. Para Garrafa e Cordón (2006), com o decorrer dos anos, a Bioética no Brasil tem obtido um olhar mais amplo, comprometido com o contexto inserido, assim estando mais inclusivo e politizado.

Enfim, a Bioética considera a pessoa em seu âmbito global e isso inclui a sociedade em qual o indivíduo está inserido, visa desenvolver metodologias com o intuito de dialogar, discutir e solucionar os conflitos morais que emergem na sociedade. Neste âmbito, a Bioética viabiliza por meio das suas bases conceituais, o diálogo entre as mulheres gestantes usuárias de drogas e os neonatos.

---

[13] A principal Missão da SBB é a de contribuir para a difusão da Bioética no Brasil. Além disto, apoiar profissionais e instituições nas diversas atividades relacionadas ao seu campo, como na atuação em Comitês e de Bioética Hospitalar, Comitês de Ética em Pesquisa, na docência e na pesquisa. É também papel da SBB divulgar a produção em bioética, o que vem fazendo através dos seus congressos nacionais, meios eletrônicos de comunicação e da Revista Brasileira de Bioética (RBB). Disponível em: <http://www.sbbioetica.org.br/>. Acesso em: jul. 2016.

3.2 BIOÉTICA PRINCIPIALISTA

O principialismo é um dos enfoques da Bioética e originou-se nos EUA, sendo publicado em 1978 pelos autores Tom Beauchamp e James Childress, o livro originado das reflexões a partir do Relatório Belmont. O primeiro autor, era membro da Comissão que redigiu o Relatório de Belmont[14], e por ter acesso aos documentos, se beneficiou de todo o processo (PESSINI, 2002, p. 11).

Sobre esse texto tão fundamental, Stepke e Drumond, apontam que por serem Beauchamp e Childress "de convicções filosóficas diferentes", o primeiro "é utilitarista" e o outro "deontologista", pode ser bem observado que o texto "pretendeu satisfazer às pessoas de ambas as convicções, pelo qual consideram que princípios ou regras têm a mesma categoria e só se priorizam em situações concretas de conflitos" (2007, p. 42).

Beauchamp e Childress passaram a trabalhar juntos a partir dos três princípios contidos no Relatório de Belmont. Com isso, os autores diferenciaram beneficência e não-maleficência e apresentaram os quatros princípios "fundamentais para orientar moralmente as decisões dos pesquisadores e dos clínicos no âmbito da biomedicina", que são: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (FERRER, 2005, p. 119).

A autonomia é entendida como a ação livre, de escolha do próprio indivíduo, portanto, caso tenha "a autonomia reduzida, em contrapartida, é, ao menos em algum aspecto, controlada por outros ou incapaz de deliberar ou agir com base em seus desejos e planos" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 138).

A não-maleficência se refere aos danos, há "obrigação de não infligir dano intencionalmente" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 209).

Atitudes visando o bem de outrem está contemplado no princípio da beneficência: "refere-se ao traço de caráter ou à virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros; [...] refere-se à obrigação moral de agir em benefício de [...]

---

[14] O Relatório Belmont referia-se somente às questões éticas levantadas pela pesquisa em ser humanos. Estava fora de sua preocupação todo o campo da prática clínica e assistencial. Beauchamp e Childress, nesta famosa obra, *Princípios de ética biomédica*, aplicam para a área clínico-assistencial o "sistema de princípios" e procuram assim livrá-la do velho enfoque ético característico dos códigos e juramentos. Esta obra, a partir da incorporação dos princípios de *Belmont Report* (2ª ed.,1979), transformou-se na principal fundamentação teórica do novo campo da ética biomédica (PESSINI, 2002, p. 11).

ajudar outras pessoas promovendo seus interesses legítimos e importantes" (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2013, p. 282).

Equidade é o cerne do princípio da justiça, pois segundo Petry (2004, p. 90) "se relaciona a uma distribuição igual equitativa e apropriada na sociedade [...] baseia-se no princípio aristotélico de que os iguais devem ser tratados igualmente e os desiguais devem ser tratados desigualmente".

Das afirmativas acima depreende-se que um dos aspectos do principialismo reside na ligação entre os princípios, esses que são caracterizados como teleológicos e deontológicos. Essa teoria, iniciou-se nas pesquisas éticas e bioéticas, voltada as pesquisas que envolviam seres humanos. Propiciando um "porto seguro para os médicos durante o período de profundas mudanças na compreensão ética dos cuidados clínicos assistências nos EUA" (PESSINI, 2002, p.12).

O principialismo foi de suma importância para as fundamentações iniciais da Bioética. Sendo, por meio dessa corrente, que originou-se os diversos conceitos e entendimentos existentes atualmente.

Diante da dependência do uso de drogas por mulheres gestantes e da consequente exposição de seus neonatos, os conceitos autonomia e equidade são de extrema importância para guiar a reflexão. No contexto da problemática apresentada, entende-se que mãe e filho não são autônomos, a mãe por depender das drogas utilizadas e o feto por não poder decidir ser quer ou não consumi-las. O princípio de equidade, possibilita analisar a gestante e o neonato de forma desigual, pois que os desiguais devem ser tratados de forma desigual. Existe um problema, deve ser solucionado e para isso é importante amparar, proteger e buscar intervenções diante da realidade vivenciada.

3.3 BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

A *bioética de proteção* é uma corrente de pensamento recente e foi desenvolvida inicialmente por pesquisadores latino-americanos. Os autores que se destacam dentro dessa linha de pensamento são: o suíço radicado no Brasil, Fermin Roland Schramm e o chileno Miguel Kottow Lang. A bioética de proteção especificou-se pelos conflitos morais sofridos pela vulnerabilidade humana. Sua principal atenção está nos sujeitos vulnerados e excluídos pelo processo de

globalização. Tal teoria busca refletir sobre a sobrevivência humana e a qualidade de vida atual, do presente e a das futuras gerações.

Schramm (2006) discorre sobre as razões fundantes: “Em primeiro lugar, para repensar uma ferramenta que seja teoricamente eficaz e praticamente efetiva no contexto de uma crise de credibilidade que afeta o campo das bioéticas mundiais” (p.145). Essencialmente porque a diferença concreta das realidades impede uma universalização das ações, e “em segundo lugar, para dar conta de uma situação de conflito moral particular” em que se transformaram as situações referentes à saúde e manutenção da vida nos países periféricos (SCHRAMM, 2006, p.145-146).

Isto posto, a bioética de proteção busca entender, descrever e solucionar os conflitos de interesses entre aqueles que possuem os meios e os que não possuem (por exemplo: o acesso à serviços de saúde, os que vivem na miséria, etc.). Por isso, se caracteriza por ser um instrumento de reflexão por meio do reconhecimento e do empenho em cuidar e proteger os vulneráveis (SCHRAMM, 2008).

Desta maneira, entende Schramm (2008, p. 12-14) que o Estado é responsável por proteger todos os integrantes da sociedade por igual, e que a linha de proteção “pode ser aplicada à situação do mundo globalizado na medida em que esse está, cada vez mais, afetado por uma sinergia ‘catastrófica’, de causas e efeitos”. Não deixa de alertar sobre o futuro e o risco que corre a espécie humana, “vivemos, daqui em diante, na sombra trazida por catástrofes futuras que, postas em sistema, provocarão, possivelmente, o desaparecimento de nossa espécie” (SCHRAMM, 2008, p. 12).

Uma vez que tratou-se dos sujeitos e populações atingidos, vulnerados e excluídos em decorrência da globalização, cabe diferenciar vulneráveis de vulnerados. Vulneráveis são entendidos como todos os indivíduos, pois todos os seres humanos são finitos e diante disso, qualquer indivíduo pode ser acometido. Por sua vez, os vulnerados, são aqueles que não possuem empoderamento, e consequentemente não são capazes de enfrentar os fatos negativos ocorridos, desta maneira não conseguem evitá-los e tampouco revertê-los (SCHRAMM, 2008, p. 20).

Schramm (2011) define a visão protecionista como um certo imperativo de prevenção, prescreve e analisa sobre os meios para tanto:

> A bioética de proteção pode ser definida como aquela que se aplica aos conflitos morais envolvidos pelas práticas humanas que podem ter efeitos significativos irreversíveis sobre os seres vivos e, em particular, sobre

> indivíduos e populações humanas, considerados em seus contextos ecológicos, biotecnocientíficos e socioculturais.
> [...] essa ferramenta busca construir convergências por meio de princípios capazes de responder a esses conflitos e, se possível, resolvê-los. Dito com mais precisão analítica, a bioética de proteção:
> (a) se ocupa de [descrever e compreender os conflitos] da maneira mais racional e imparcial possível;
> (b) se preocupa em resolvê-los [normativamente], propondo [ferramentas adequadas] para proscrever os comportamentos considerados incorretos e prescrever aqueles considerados corretos; e
> (c) graças à correta articulação entre (a) e (b), [fornecer] os meios [práticos] capazes de proteger suficientemente os envolvidos em tais conflitos, garantindo cada projeto de vida compatível com os demais (p. 714-715).

A proteção pretendida quer alcançar indivíduos e populações humanas, bem como todos os seres vivos e os ambientes do planeta, se dá contra a ameaça que pode ocasionar uma possível extinção da espécie. O significado de proteção para a Bioética, tem três níveis de pertinência: o protetor, o descritivo e o normativo (SCHRAMM, 2006, p.151).

A bioética de proteção pode ser compreendida como *stricto sensu* “mais especificamente técnica”, e *lato sensu* “um diálogo com as preocupações de tipo universalista” (SCHRAMM, 2006, p.152). Visa especificamente proteger os sujeitos e as populações que são excluídas, aqueles que não possuem as medidas que possibilitem a garantia da condição mínima para uma vida digna e com qualidade, a qual pode-se chamar de “razoável”.

Schramm (2008, p. 17) expõem que os conflitos morais só podem ser solucionados “[...] dando suporte (protegendo) aos afetados para que possam desenvolver suas potencialidades e deixem de precisar desta proteção [...]”; destaca que não basta vontade de se defender, as condições de vida os mantêm vulneráveis e vulnerados. A proteção aqui entendida é aquela que visa dar condição de vida que cada qual julgue necessário para capacitar o indivíduo na sua tomada de decisões enquanto ser racional e razoável:

> A bioética de proteção não exclui a priori o exercício da autonomia pessoal, ao contrário de todas as políticas paternalistas conhecidas, que de fato não pretendiam proteger *in primis* os desamparados, mas prioritariamente, os donos do poder contra as ameaças reais ou imaginárias, representadas pelos desemparados. Nesse sentido, a proteção é antitética ao paternalismo, pois proteger implica também oferecer as condições indispensáveis para que o protegido se torne capaz de proteger a si mesmo no futuro (SCHRAMM, 2006, p. 157).

A bioética de proteção prioriza proteger os excluídos das políticas públicas de saúde e garantir uma qualidade de vida razoável para todos e para cada um. Tal ação tem como embasamento o conceito de justiça como equidade de Aristóteles, o qual tem como finalidade propiciar conteúdo palpável à igualdade.

E por fim, a bioética de proteção não deve ser empregada universalmente, mas pode ser adequada a todas as situações resultantes de conflitos parecidos, pois suas peculiaridades permitem realizar tal comparação.

A proteção aos especialmente vulnerados neste cenário, as gestantes e os neonatos expostos às drogas, é objeto da análise bioética; o viés da proteção complementa com o princípio de justiça/equidade. Entende-se que os conflitos advindos do uso de drogas entre as gestantes, só serão solucionados se observado o parâmetro da dignidade humana, a vida clama por cuidados.

3.4 BIOÉTICA DE INTERVENÇÃO

A *bioética de intervenção* emergiu no sexto Congresso Mundial de Bioética realizado em Brasília no ano de 2002 e tem como principais autores, os brasileiros: Volnei Garrafa, Dora de Oliveira e Silva Porto e Mauro Machado do Prado. Caracteriza-se pelo fato de reconhecer a existência das desigualdades entre ricos e pobres e países periféricos e centrais, e propõem práticas intervencionistas com o objetivo de produzir possibilidades de igualdade entre os sujeitos e Estado.

Para Garrafa e Pessini (2004) “a bioética não pode prestar-se a ser apenas um instrumento neutro a mais que busca somente a discussão e a interpretação da realidade”, para ajustar-se as exigências hodiernas, precisa “tornar-se concretamente prática aplicada, buscando mecanismos mais fortes de posicionamento e, se possível, de intervenção na realidade” (p. 95).

A bioética de intervenção sugere um acordo concreto com o lado historicamente mais frágil da sociedade. Para Garrafa (2005, p. 130), então, nessa perspectiva bioética “é moralmente justificável [...] a priorização de políticas e tomadas de decisão que privilegiem o maior número de pessoas” e também procurando resultados melhores por mais tempo ainda que “em prejuízo de certas situações individuais”.

Segundo Garrafa e Porto (2005, p. 115), essa vertente de intervenção Bioética “pretende legitimar [...], uma perspectiva ampla que envolva os aspectos

sociais da produção das doenças, contribuindo para a construção de uma bioética crítica que possa ser aplicada nos países periféricos e, especialmente, no Brasil".

Quanto às situações particulares e individuais a posição da escola intervencionista não se diferencia dos conceitos bioéticos em geral que buscam "soluções viáveis e práticas para os conflitos localmente identificados, levando em consideração o contexto em que ocorrem e as contradições que os fomentam" (GARRAFA; PORTO, 2005, p. 115).

Tendo em vista que a construção da bioética de intervenção se deu no contexto brasileiro e latino-americano, Gonçalves, Ramos e Garrafa (2010, p. 227) esclarecem que "discute justiça sanitária, inclusão social e cidadania. Seu referencial mínimo é o conceito de corporeidade que defende a ideia de que o corpo é a materialização da pessoa e sem ele a vida social não se concretiza" O corpo humano é "um marco de intervenção ética indispensável para garantir o necessário à vida de indivíduos e populações", sendo que os direitos humanos são elencados como norteadores dessa linha de pensamento bioético: "a partir do reconhecimento do direito coletivo à igualdade e do direito dos indivíduos e grupos à equidade, incorpora o discurso da cidadania expandida" (GONÇALVES; RAMOS; GARRAFA, p. 227-228).

Nesta perspectiva é necessário considerar dois parâmetros característicos do corpo: o prazer e a dor, os quais são vistos como indicadores da necessidade de intervenção. Garrafa e Porto (2005, p. 116) pontuam que a bioética de intervenção traz a reflexão que "será calcada *a priori* sobre o corpo humano; sobre as interpretações que o senso comum e que cada área do conhecimento lhe atribuem", pois o corpo "é o universal óbvio". Siqueira, Porto e Fortes (2007, p. 169) também ressaltam a importância do corpo como fonte de preocupação para a reflexão bioética, pois que "materializa a existência do ser no mundo", ou seja, um "Eu, que só se reconhece como ente e pessoa pela interação com o ambiente e pelo olhar do outro" (p. 169).

Tendo essa perspectiva, a bioética de intervenção busca utilizar a dor e o prazer com o intuito de indicar e determinar a qualidade de vida, levantando assiduidade em diferentes partes da população nos níveis social, relacional e corporal. Com isso, considera-se possível verificar os critérios subjetivos, pois a dor e o prazer estão ligados intimamente. Neste contexto, a pessoa é entendida como um todo e suas dimensões físicas e psíquicas estão ligadas uma na outra.

O cotidiano importa para a reflexão na medida em que “a inclusão social [...] precisa ser tomada na dimensão política, como um processo no qual os sujeitos sociais articulam sua ação” (GARRAFA, 2005, p. 129). Escolhas se apresentam a todo momento para indivíduos na sociedade, que devem ser guiados a optar “não apenas em função de uma inclinação pessoal, mas considerando a dimensão do todo - a necessidade de garantir a existência das pessoas e de todas as formas de vida” de modo que a ação “se torna inclusiva, tendendo, como decorrência, à maior simetria (GARRAFA, 2005, p. 129).

Garrafa (2005, p. 130) discorre sobre os quatro “pês” da bioética de intervenção: “prevenção (de possíveis danos e iatrogenias), precaução (frente ao desconhecido), prudência (com relação aos avanços e “novidades”) e proteção (dos excluídos sociais, dos mais frágeis e desassistidos)”. Por sua vez, tal método recomenda “uma aliança concreta com o lado historicamente mais frágil da sociedade”.

Dividindo a atenção da Bioética frente às situações persistentes, que são decorrentes de problemas antigos e persistentes, e às situações emergentes, essa sendo ocasionada pelas novas tecnologias, Garrafa e Porto (2004; 2005), expressam que a bioética de intervenção tem como fundamentação filosófica o utilitarismo e consequencialista.

Tendo em vista privilegiar o coletivo e não o individual, ressalta Paranhos (2016, p. 4) o aspecto utilitarista: “o maior bem para o maior número de pessoas, exceto quando isso acarretar prejuízo significativo para uma determinada minoria particularmente vulnerável”. O desejável é que o Estado venha “então arbitrar e intervir, sempre que necessário, e com base nos princípios norteadores da BI, para que tal objetivo seja alcançado” (PARANHOS, 2016, p. 4).

A bioética de intervenção se utiliza de dois *loci* para intervir, o plano coletivo, o qual adota a perspectiva consequencialista e utilitarista, tendo como objetivo privilegiar o maior número de pessoas num maior espaço de tempo possível, mesmo que isso decorra em danos para as situações individuais. E no plano individual, visa intervir por meio da libertação, empoderamento e emancipação.

Sendo assim, a bioética de intervenção assume o compromisso político com o lado historicamente mais frágil da sociedade, os vulneráveis. A bioética de intervenção se complementa da realização universal de direitos humanos, entre eles

o direito a uma vida digna, representada ao acesso de direitos essenciais para a sobrevivência.

Como já mencionado, o uso de drogas é um problema de saúde pública. Por meio da leitura da Bioética, é possível buscar intervenções nesse sentido e criar políticas públicas para atender às gestantes usuárias de drogas e seus neonatos. Proteger as usuárias e seus filhos, a partir da transformação da realidade onde se encontram. Ações para a prevenção, visando diminuir o número de usuários e usuárias de drogas, educação para a saúde e cidadania, políticas públicas, podem e devem ser influenciados pela Bioética.

3.5 SERVIÇO SOCIAL

No Brasil o Serviço Social emergiu no início do século XX, num cenário conservador, o qual foi marcado por atividades assistencialistas e emergências, pautado pela caridade e filantropia. Isso se deu em decorrência da influência dos dogmas e valores da Igreja Católica, a qual por sua vez, teve participação na formação da profissão[15] (CARVALHO; IAMAMOTO, 2007).

No final da década de 1930 foram fundadas as primeiras escolas de Serviço Social. Momento no qual o país vivenciava o processo de industrialização e urbanização. Nas décadas seguintes, foi reconhecida a importância da profissão, a qual foi regulamentada em 27 de agosto de 1957 com a Lei n. 3.252. Tendo em vista as transformações vivenciadas pela sociedade brasileira, a profissão também passou por alterações e necessitou de uma nova regulamentação. Com isso foi criada a Lei n. 8.662 de 07 de julho de 1993. Tal Lei dispõem sobre a profissão de Assistente Social, no mesmo ano a profissão instituiu um novo Código de Ética, o qual expressa o projeto profissional comprometido com a democracia e com o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos.

---

[15] Compreender o Serviço Social de hoje é o estudo das formas passadas de ajuda ao próximo, da caridade, da filantropia, situadas dentro do contexto em que se desenvolveram, realizadas por homens que possuíam uma determinada mentalidade e dispunham de recursos utilizados de maneira específica. À medida que decorriam os séculos, contexto, mentalidade e recursos, sofriam lenta transformação em consequência de pressões, de acontecimentos diversos, suscitados pelos homens diante das necessidades (VIEIRA, 1980, p. 15).

A atuação do Serviço Social está desenvolvida historicamente, normalizando as relações sociais, garantindo e/ou viabilizando para os usuários os patamares de direitos civis, sociais e políticos. Para Iamamoto “a profissionalização e o desenvolvimento do Serviço Social são fruto do padrão de desenvolvimento do pós-guerra, sob a hegemonia norte-americana, tencionado pela guerra fria [...]” (2006, p. 29).

Abreu (2002, p. 39) localiza logo no início de século XX, antes da 2ª Guerra Mundial: “O serviço social como profissão consolida-se e expande-se, nas três primeiras décadas deste século”, o que moveu o desenvolvimento foram principalmente as “inovações organizacionais na produção e no trabalho, introduzidas com a linha de montagem nos moldes fordistas/tayloristas”. O mundo do trabalho que se torna urbano, cada vez mais industrializado, capitalista e revolucionado pelas descobertas científicas requer uma “mediação do sistema de controle social”, e a “inculcação de um novo código de conduta individual, familiar e política do trabalhador e sua família, adequado às necessidades da produção e da reprodução social” (ABREU, 2002, p. 39-40).

Tal profissão é reconhecida socialmente como uma especialização do trabalho coletivo, sendo inscrita na divisão social e técnica do trabalho. Sua atuação ocorre por meio das manifestações da questão social[16] e suas expressões são advindas da relação capitalista, a qual pode ser observada na produção e reprodução da vida social dos sujeitos de direitos.

Os anos de 1980 foram marcados para o Serviço Social como uma década fértil, a qual possibilitou espaços para diálogos, debates e a (re)conceituação[17] da

---

[16] Apreendida como *o conjunto das expressões* das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade. A globalização da produção e dos mercados não deixa dúvidas sobre esse aspecto: hoje é possível ter acesso a produtos de várias partes do mundo, cujos componentes são fabricados em países distintos, o que patenteia ser a produção fruto de um trabalho cada vez mais coletivo, contrastando com a desigual distribuição da riqueza entre grupos e classes sociais nos vários países, o que sofre a decisiva interferência da ação do Estado e dos Governos. (IAMAMOTO, 2008, p. 27).

[17] Conforme Netto (2004, p. 131), “entendemos por renovação o conjunto de características novas que, no marco das constrições da autocracia burguesa, o Serviço Social articulou, à base do rearranjo de suas tradições e da assunção do contributo de tendências do pensamento social contemporâneo, procurando investir-se como instituição de natureza profissional dotada de legitimação prática, através de respostas a demandas sociais e da sua sistematização, e de validação teórica, mediante a remissão às teorias e disciplinas sociais”.

formação profissional. Em 1982, o currículo mínimo foi repensado e com isso iniciaram as discussões sobre uma nova direção social para o Projeto Ético Político. Direção esta que moveu-se ao encontro de uma formação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operacional, tais alterações visam atender as demandas advindas das expressões da questão social.

As diretrizes curriculares propostas pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS) em 1996, apontam para um novo direcionamento formativo profissional e social. O Serviço Social passa a ser visto a partir de dois ângulos essenciais: o significado social da profissão que fora construído socialmente e o olhar dos sujeitos de direitos que vivenciam as disparidades sociais e direcionam o fazer profissional para o atendimento de suas demandas sociais.

A formação teórico prática do Assistente Social possibilita que o profissional atue com as inúmeras expressões da questão social cotidianas. Sobre a questão social, Iamamoto (2006, p. 28), mostra que "sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem", nesse ambiente gerador de tensões "trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade".

A atuação do Serviço Social é esperada em "uma dupla perspectiva: para que se possa tanto apreender as várias expressões que assumem [...], as desigualdades sociais [...], quanto projetar e forjar formas de resistência e de defesa da vida" (IAMAMOTO, 2006, p. 28). Para alcançar esse objetivo é preciso que as demandas sociais afetem o exercício da profissão de modo particular, inflamando o agente para construir o futuro no presente que lhe acontece.

Faz-se necessário compreender que o Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, o qual utiliza-se de instrumentos científicos e multidisciplinares das ciências humanas e sociais, para assim analisar e intervir nas expressões da questão social. Os assistentes sociais estão inseridos em inúmeras áreas, tais como: saúde, habitação, jurídica, assistência social, previdência social, educação, cultura e lazer, terceiro setor, dentre outras. O papel do assistente social é planejar, administrar, gerenciar, executar e assessorar políticas, programas e serviços sociais, atuando nas relações entre os usuários *versus* capital:

> O assistente social realiza estudos e pesquisas com o intuito de avaliar a realidade e emitir um parecer social, visando propor medidas e políticas sociais; planeja, elabora e executa planos, programas e projetos sociais; presta assessoria e consultoria a instituições públicas, privadas e a movimentos sociais; orienta indivíduos e grupos, auxiliando na identificação de recursos e proporcionando o acesso aos mesmos; realiza estudos socioeconômicos com indivíduos e grupos para fins de acesso a benefícios e serviços sociais [...] (CFESS, 2016, *online*).

O Serviço Social passou a ser entendido como uma profissão inserida no processo de reprodução das relações sociais, identificado por meio de suas ideias e práticas vinculadas pelos movimentos da realidade social, aos programas e políticas sociais. Portanto, reproduz interesses do capital e simultaneamente atende as demandas e necessidades dos trabalhadores (GENTILLI, 1998). Desta maneira, o trabalho do Assistente Social tem como base as questões que interessam às organizações públicas e privadas.

Para Iamamoto (2006, p. 20), o assistente social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas. Segundo Gentilli (1998) o Serviço Social regularizou as relações sociais nas formas em que foram possíveis de serem incorporadas e manifestadas em seus desejos de trabalho. Também integrou multidões de excluídos nos patamares mínimos dos padrões da ordem social vigente e em cada contexto histórico.

Logo, um dos objetivos desse profissional é desenvolver a prática de empoderamento e fortalecimento da autonomia que “implica o poder viver para si no controle das próprias forças, e **de acordo com as próprias referências”** (FALEIROS, 2010, p. 63, grifo nosso).

Na atualidade, ainda grande parcela da sociedade tem seus direitos violados e em muitos casos negados. É possível perceber por meio da distribuição de renda, que não é justa, a riqueza está acumulada entre alguns indivíduos, isso contribui para a exclusão de inúmeras pessoas aos bens e aos direitos básicos.

Compete ao Assistente Social desenvolver projetos que transformem a questão social emergente, para Iamamoto (2006, p. 49), subjaz “o desafio de decifrar os novos tempos para que deles se possa ser contemporâneo”. Para dar conta dessa missão o profissional deve ser naturalmente qualificado para ter uma postura crítica, e que busque conhecer em profundidade a realidade:

> [...] um profissional afinado com a análise dos processos sociais, tanto em suas dimensões macroscópicas quanto em suas manifestações quotidianas, um profissional criativo e inventivo, capaz de entender o ‘tempo presente, os

> homens presentes, a vida presente' e nela atuar, contribuindo, também para moldar os rumos de sua história (p. 49).

Embora o Serviço Social seja uma profissão regulamentada como uma profissão liberal, não há essa tradição na sociedade brasileira, "o assistente social não detém todos os meios necessários para a efetivação de seu trabalho: financeiros, técnicos e humanos [...]", então perde seu caráter autônomo, e passa a depender "de recursos previstos nos programas e projetos da instituição que o requisita e o contrata [...]" (IAMAMOTO, 2006, p. 63).

De toda forma é essencial reconhecer que a profissão de Serviço Social tem como base a questão social e sua atuação profissional deve se dar por meio de uma prática transformadora, a qual conforme Vásquez (2011) é uma *práxis* determinante que permite enfrentar novas necessidades, a qual está em constante estado criador. Portanto, tal prática consiste em assimilar criticamente os elementos fundamentais de práticas existentes e a partir delas, construir novas formas de ação.

É fundamental que o assistente social tenha uma postura teórico-metodológica, a qual se legitima a análise da vida cotidiana quando se superam as balizas do imediato.

Na atualidade o Serviço Social brasileiro manifesta caráter acadêmico-profissional e social renovado, voltado tanto ao trabalho com aos trabalhadores (IAMAMOTO, 2010). Para Fávero, Melão e Jorge (2005, p.16), a profissão vem apresentando uma "fisionomia renovada, voltada à defesa dos direitos, de cidadania e dos valores democráticos na perspectiva da liberdade, da equidade e da justiça social".

Analisa-se que o consumo de drogas pela gestante e a exposição do neonato são expressões da questão social. A qual pode ser analisada pelo profissional de serviço social, e por meio da sua prática pode propor e desenvolver ações que garantam o direito dos indivíduos. No contexto deste estudo, o assistente social por meio da sua atuação profissional poderá contribuir para o planejamento e execução de políticas públicas e programas sociais.

Considera-se que o profissional de serviço social respaldado em suas teorias e vinculado com as propostas das correntes da Bioética já mencionadas, contribuirá para a intervenção e transformação da realidade das gestantes usuárias de drogas e seus neonatos.

Tendo em vista as explanações apresentadas, buscar-se-á realizar uma aproximação entre a Bioética e o serviço Social. Iamamoto (2006, p. 20) ressalta que é importante sair da “redoma de vidro” que aprisiona os assistentes sociais, numa visão endógena do Serviço Social, como precondição para captar novas mediações e requalificar o fazer profissional, identificando assim suas particularidades, para que seja possível descobrir novas alternativas de ação. Entendendo assim, a necessidade do profissional estar receptível e em busca de novas metodologias de ação que visem a transformação social do indivíduo. Para a próxima seção, optou-se por desenvolver uma reflexão com base na Bioética e no Serviço Social diante do contexto das mulheres gestantes usuárias de drogas e seus neonatos.

4 BIOÉTICA/PONTE E O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL

Nesta seção realizar-se-á a análise sobre a problemática do uso de drogas entre as mulheres gestantes e o feto/neonato. Para isso, recorrer-se à Bioética nas vertentes principialista, de proteção, e de intervenção, e ao Serviço Social. O texto será composto, incialmente por reflexão de cunho bioético sobre as gestantes usuárias de drogas e os neonatos, seguido da explanação sobre contribuições do Serviço Social e ao final serão desenvolvidos alguns questionamentos diante do problema pesquisado.

4.1 REFLEXÕES BIOÉTICAS SOBRE AS GESTANTES USUÁRIAS DE DROGAS E OS NEONATOS

Conforme exposto na primeira seção, o abuso de drogas apresenta-se como um grave problema de saúde pública e seus danos são cada vez mais notórios na sociedade contemporânea. Por sua vez, o número de mulheres que estão consumindo drogas tem aumentado significativamente, sendo imprescindível ampliar as discussões e os estudos científicos com tal público (KASSADA; MARCON; WAIDMAN, 2014).

Faz-se necessário enfatizar que a escolha por estudar as mulheres gestantes usuárias de drogas, ocorreu porque verificou-se a carência nas pesquisas desenvolvidas com esse público. E, por se entender que neste contexto existem dois vulnerados: a mulher e o feto.

Em concordância com as exposições apresentadas na segunda seção, para a bioética de proteção os sujeitos e as populações atingidas são consideradas primordiais. Schramm (2008), mostra que existe uma diferença entre vulneráveis e vulnerados: vulneráveis todos são, pois os seres humanos são finitos; vulnerados são os que não possuem empoderamento e não são capazes de enfrentar os acontecimentos negativos, e consequentemente não conseguem evitar e nem reverter tais ocorrências.

Considera-se neste estudo que as mulheres usuárias de drogas e o feto/neonato são vulnerados, pois ambos não possuem empoderamento para enfrentar os acontecimentos vivenciados. A mulher por deixar-se controlar pelas

drogas utilizadas e o feto por não poder fazer a escolha de consumir ou não as drogas.

Há diferenças importantes quanto aos sintomas do adicto: obsessão e compulsão. A obsessão por consumir a droga, “se reflete nas atitudes insanas que adota a fim de realizar seu objetivo; isso compromete o seu trabalho e os compromissos sociais”, enquanto a compulsão se dá pela necessidade contínua de usar a droga “o que faz com que ele apresente atitudes incoerentes, desconexas com a realidade social em que está inserido. Isso compromete em atos de extrema violência familiar” (CUNHA, 2006, p. 38-39).

Procurando entender o controle que a droga passa a ter no indivíduo, basta considerar que em estágio avançado de dependência, “ele perde a noção do que pode e do que não pode fazer, ele ultrapassa a fase do impulso e entra na fase de compulsão. A partir daí, já não pode se responsabilizar pelos seus atos” (CUNHA, 2006, p. 55).

O uso de drogas acomete o sujeito no âmbito biopsicossocial, suas relações pessoais e sociais são abaladas e em alguns casos podem ser rompidas totalmente. O afastamento causado em decorrência do uso das drogas, contribui para que o indivíduo coloque a sua própria vida em risco. Sendo possível perceber que a pessoa que abusa de drogas encontra-se em uma situação de risco e vulnerabilidade social, e por sua vez a discriminação colabora para que este fique as margens da sociedade.

No estágio avançado, como citado anteriormente, as mulheres usuárias de drogas se encontram envolvidas na ilusão, como descreve Cunha (2006):

> [...] o mundo das drogas lhe confere que sua concentração, percepção, atenção, memória, cognição e demais estados mentais ou afetivos estão disfuncionais. Desse modo passa a compreender sua realidade de maneira alterada. Envolto com a sua percepção da realidade de forma distorcida, começa a desenvolver algumas psicopatologias resultantes desse estado, como, por exemplo, transtornos de personalidade, neuroses e até mesmo psicoses (p. 55).

Além das drogas afetarem severamente o corpo físico, as substâncias acometem o seu discernimento, de modo que não percebem que estão sendo controladas pelas drogas consumidas. Essas mulheres inconscientemente, passam a viver em função do uso das substâncias, consequentemente, perdem o amor próprio, a autoestima, o desejo de se alimentar, deixam de cuidar do próprio corpo,

não realizam os cuidados básicos de higienização, se afastam dos familiares, tudo o que antes havia sentido, passa a não mais ter. A vontade de consumir a droga se destaca e isso faz com que a mulher não perceba que está abandonando a sua vida, para viver para a droga (SILVA JR.; MONTEIRO, 2012; FERTIG et al., 2016).

A dependência das drogas, rouba a liberdade da mulher de escolher, pois o desejo de consumir a substância é tanto, que ela não se dá conta que não possui liberdade para decidir se quer ou não consumir. Simplesmente passa a usar a droga desenfreadamente e isso se torna uma necessidade básica para a adicta. Assim as usuárias passam a ser “escravas” da situação e, por fim, perdem a sua capacidade de consciência e de liberdade[18].

Em consequência disso, tais mulheres não possuem autonomia. De acordo com a bioética principialista, pessoas com autonomia são aquelas que possuem capacidade para decidir, para fazer escolhas independentes diante de situações vivenciadas e que possuem compreensão. É possível analisar, a partir do descrito anteriormente, que a mulher usuária de drogas encontra-se em condição de vulnerada e sem autonomia, sem poder de decisão. Afinal, dependentes químicos não são considerados pessoas autônomas, pois perdem a capacidade de organizar pensamentos, de se relacionarem socialmente, o uso das drogas acomete o discernimento e a liberdade da usuária, fazendo com que a mesma não tenha consciência da gravidade do uso, da dependência estabelecida e da situação inserida.

Verificando tal problemática, percebe-se que essas mulheres necessitam de proteção especial e diferenciada, precisam ser analisadas em toda a sua totalidade. As mulheres usuárias de drogas devem ser tratadas de forma desigual, numa tentativa de estabelecer o princípio da equidade no cuidado, ou seja, tratar desigualmente os desiguais. Percebendo-se que essas mulheres estão em situação de desigualdade, evidencia-se que precisam de ações e políticas públicas diferenciadas, que visem tirá-las do contexto em que vivem.

---

[18] Discernimento, consciência e liberdade estão imbricados. Enquanto discernir é conhecer a ponto de discriminar e poder avaliar com critério, apreciando ou fazendo juízo e escolha, a consciência é a percepção do que se passa consigo mesmo, conhecer e pelo uso da razão julgar os próprios atos. Nesse raciocínio, a liberdade como condição da pessoa dispor de si, de usar livremente de seu próprio arbítrio (FERNANDES; LUFT; GUIMARÃES, 1997), precisa do discernimento e da consciência; essas faculdades não estão à disposição da pessoa entorpecida e dependente da droga. A vulnerabilidade encontra seu auge, a autonomia é zerada.

Neste âmbito, considera-se que a bioética de proteção propicia essa análise, porque irá olhar essas mulheres em seu contexto histórico, com o intuito de identificar os vulnerados. Entendendo que esses “não possuem empoderamento capaz de enfrentar as consequências negativas de tais atos para revertê-los ou evitá-los” (SCHRAMM, 2011, p. 714).

Segundo Garrafa (2005), o empoderamento, está ligado aos conceitos de liberdade, emancipação e inclusão social, almeja fortalecer o indivíduo para que possa banir os elementos que os privam da liberdade e possibilitar a prática da cidadania. Desta maneira “também deve ser compreendido no sentido coletivo, no aglomerado de indivíduos que geram ações coletivas e que levam a espaços privilegiados de decisões de consciência social de direitos” (GARRAFA; PEREIRA, 2006 apud SILVA; DRUMMOND; GARRAFA, 2011, p. 116-117).

No que se refere as mulheres que consomem *crack*, conforme pesquisa (FIOCRUZ, 2014), os dados apresentam percentual elevado de mulheres que consomem *crack* entre 18 e 29 anos. Essa é uma fase marcada como favorável para a reprodução das mulheres, tendo em vista o aumento da fertilidade. Portanto, no que concerne as relações sexuais, em busca de satisfazer o desejo de consumir a droga, tais mulheres tendem a se prostituir, com isso, em algumas situações a prática sexual ocorre sem preservativos; outro fator relevante é que muitas mulheres são violentadas sexualmente.

Diante da fragilidade e vulnerabilidade em que se encontra essa mulher, em alguns casos, ela só perceberá a gravidez após a mudança do corpo (com o aumento do abdômen, que pode demorar a aparecer em decorrência da desnutrição), em outros casos, quando é levada para o hospital devido a aborto espontâneo ou até mesmo pelo nascimento prematuro do recém-nascido.

O período gestacional, como apresentado na primeira seção, é um momento de inúmeras mudanças no corpo, no psicológico, na vida pessoal e social da mulher. Quando a mulher sofre com a dependência das drogas, o período da gravidez será ainda mais intenso e tais mudanças serão acentuadas. Tendo em vista, esses apontamentos, avalia-se que a gestante usuária de drogas vivencia um contexto de maior fragilidade e vulnerabilidade (YAMAGUCHI et al., 2008).

Marangoni e Oliveira (2013), desenvolveram uma pesquisa no município de Maringá (Paraná), e partiram do pressuposto que a gravidez poderia funcionar como um “*turning point*” para gestantes usuárias de drogas, acreditando, que a

maternidade deveria ser um ponto de virada para essas mulheres e com isso seria possível obter a abstinência das drogas. Contudo, as autoras demonstraram que:

> Dez mulheres informaram utilizar *crack* durante toda a gestação, indicando que a gravidez não funcionou como *turning point,* nesta população específica. A maioria delas “abriu mão” da maternidade, em detrimento do uso das drogas [...], estabeleceram uma relação de exclusividade com a droga, seja por opção ou por falta de acesso ao apoio de serviços de saúde ou sociais, em um momento singular e culturalmente intermediado por valores de doação e abnegação (p. 665-666).

Ainda na mesma pesquisa, Marangoni e Oliveira (2013, p. 669) destacam que embora as mulheres tenham tido em média quatro filhos “quando questionadas sobre o número de filhos sob sua tutela, oito mulheres tinham a custódia de apenas dois filhos, sendo que os demais foram entregues para doação [...]”. Alguns casos em especial foram destacados como o de “uma mulher teve cinco filhos e não tinha nenhum sob sua tutela, e outra teve dez filhos e perdeu a guarda definitiva de sete, em decorrência do uso de drogas” (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013, p. 669).

Diante dessas exposições, é possível perceber a influência das drogas na vida dessas mulheres, e o período maternal, idealizado por inúmeras mulheres, no contexto da usuária de drogas, não surte o mesmo efeito da descoberta da gravidez que numa mulher não dependente química. Outro fator que deve ser analisado, é o número de gravidezes de tais mulheres.

Cabe refletir sobre a valoração da gravidez. Para a mulher em geral remete a uma questão de sentido, a maternidade para além de complexas transformações físico-químicas hormonais traz ganhos psicológicos relevantes. Não poucas mulheres relatam mudanças de perspectiva na vida a partir da maternidade (comum também em relatos dos pais). Como não imaginar os dilemas das mulheres usuárias de drogas, não haveria de ser diferente, mas nem sempre os impactos são positivos o suficiente para que abandone o uso (MARANGONI; OLIVEIRA, 2013).

Por não ser desenvolvido um trabalho com essas mulheres, em muitos casos, após o nascimento, os neonatos são abandonados nos hospitais. Momento este em que o recém-nascido necessita da presença materna, em decorrência do rompimento da relação mãe e filho, o momento de dor vivenciado pelo neonato se intensifica e este precisará enfrentar tais acontecimentos sozinho. Em muitas situações esses bebês são encaminhados para instituições de acolhimento. Conforme Nascimento (2014):

> A separação precoce da mãe, usuária de crack, provoca reações que, na maioria das vezes, não são perceptíveis num primeiro olhar, nem explicadas de pronto pela literatura médica. Mas que estão ali, somatizadas, impondo intensa sensação de sofrimento no corpo, mesmo que ele seja de um recém-nascido (NASCIMENTO, 2014, *online*)

O “abrigo Ana Carolina”, situado no Rio de Janeiro, relatou em uma entrevista, que já teve 90% das crianças institucionalizadas, filhas de pais usuários de *crack.* Nesta reportagem, é possível verificar que em setembro do ano de 2015, existiam 45.237 crianças e adolescentes em instituições de acolhimento em todo o país. Entretanto, informações sobre o número de crianças e adolescentes que são filhos de usuários de drogas são sigilosos (VIEIRA, 2015, *online*). Observa-se que a problemática do uso de drogas entre as mulheres não é um caso isolado, faz parte da realidade do Brasil, mostra-se necessário desenvolver legislações e políticas públicas específicas que amparem mães e filhos. Tanto os vulnerados como os vulneráveis:

> [...] necessitam da intervenção do Estado e/ou de instituições sociais, de maneira a oferecer-lhes proteção, porém tal proteção deve ser implementada em graus distintos, considerando a condição existencial de vulnerabilidade de cada grupo. Desta forma serão garantidos o cumprimento do princípio de justiça (igualdade para todos) para os vulneráveis e do princípio da equidade (tratamento diferenciado a quem se encontra em desvantagem por conta das desigualdades sociais) para os vulnerados (PEREIRA et al., 2013, p. 370).

Ao contrário do que se acreditava sobre o desenvolvimento e aprendizagem do feto, que se daria nos primeiros anos de vida, segundo Martins Filho (2014, p. 49), “esses conceitos mudaram muito. [...] no útero o feto já está submetido a influências, informações e estímulos fundamentais para seu desenvolvimento. Os bebês começam a aprender já durante a gestação, e muito cedo”.

Por isso, convém destacar sobre os cincos sentidos do feto descritos por Bellieni (2008, p. 17) que “formam-se e começam a funcionar bem antes do nascimento. [...] primeiro irá formar-se a sensibilidade química (gosto e olfato), depois a tátil, a seguir a dos vestíbulos e a auditiva e, por fim, a visual”. É no mundo intrauterino que tudo começa “[...] um microcosmo cheio de estímulos: rumores, [...] sabores e odores [...], movimento (a mãe bailarina dará estímulos bem diversos da mãe que estiver confinada ao leito, por motivos de saúde)” (BELLIENI, 2008, p. 17-18).

Visto que os sabores são transmitidos pela mãe, por meio da sua alimentação, o feto os absorve por meio da deglutição do líquido amniótico. Martins Filho (2014, p. 51) descreve que “uma pesquisa realizada em Dijon, na França, mostrou que os bebês apresentam tendência a desenvolver preferência por alimentos mais frequentes na dieta da mãe”. Quanto às drogas não é diferente, quando utilizadas por gestantes ultrapassam a placenta embrionária e chegam até a corrente sanguínea do feto.

A exposição do cigarro gera danos no embrião e está ligada aos comprometimentos no período gestacional e ao baixo peso do neonato. No que concerne aos agravos do consumo de álcool por mulheres grávidas, Martins Filho (2014) destaca que:

> O consumo de álcool por mulheres grávidas é muito sério e problemático, porque, infelizmente, mesmo as bebidas com teor baixo de álcool podem realmente afetar o desenvolvimento do bebê no útero, provocando alterações importantes.
> [...] o consumo de álcool na gestação é a principal causa não hereditária de deficiência mental. [...] Entre outras coisas, os cientistas afirmam que qualquer tipo e quantidade de álcool pode acarretar problemas sérios aos bebês. Infelizmente, esses problemas podem aparecer mais tardiamente e se perpetuar na idade adulta (p. 52).

As drogas ilícitas, por sua vez, prejudicam o desenvolvimento do feto, reduzindo o peso, contribuem para o nascimento prematuro e para a existência de recém-nascidos de alto risco. Além dos comprometimentos que a droga ocasiona, é necessário frisar que a desnutrição materna naturalmente traz malefícios para o feto.

Salienta-se a importância do acompanhamento pré-natal, durante esse período, é durante esse processo que são prestadas as orientações necessárias para o desenvolvimento apropriado do feto e da mãe (MARTINS FILHO, 2014). Verifica-se a importância dos cuidados que a gestante deve ter consigo e com o feto, contudo como esperar esses cuidados de uma pessoa que está sob o efeito de drogas, as quais acometem o seu discernimento e autonomia. Segundo Marangoni e Oliveira (2013, p. 669), “as gestantes usuárias de drogas são menos assistidas por serviços de pré-natal e apresentam maior incidência de complicações na gestação”.

Para a bioética de proteção o “Estado mínimo deve ter o compromisso de proteger a todos os membros da sociedade e mais, especificamente, aos desvalidos” (SCHRAMM et al., 2005, p. 57). Destaca-se neste ponto, a fragilidade do

feto, pois esse não possui empoderamento para realizar as suas escolhas, ele encontra-se no ventre da sua mãe e depende dela para sobreviver e se desenvolver.

Na primeira seção desse estudo, sobre o recém-nascido de alto risco, citou-se Kenner (2001), que considera os neonatos prematuros e de baixo peso como grupo de alto risco, ou seja, os filhos de gestantes usuárias de drogas fazem parte desse grupo. Assim, carecem de ações que minimizem os traumas e as complicações oriundas da exposição das drogas. Segre citado por Martins Filho (2014) sobre o desenvolvimento infantil traz que:

> No decorrer do desenvolvimento infantil, o dismorfismo fácil atenua-se, o que dificulta o diagnóstico tardio. Permanecem a deficiência mental (QI médio de 60 a 70), problemas motores, de aprendizagem (principalmente matemática), memória, fala, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade, entre outros. Na fase adulta, casos, repercutem em pendências com a lei (60%), comportamento sexual inadequado (52%) e dificuldade de emprego (70%) (p. 54).

Se os filhos desenvolvem uma preferência alimentar semelhante com as das suas mães, a mulher que consumiu drogas no período gestacional expôs o feto ao uso, isso propiciou que o mesmo desenvolvesse a dependência da droga utilizada. Tendo em vista essa exposição, os neonatos sofrem com a síndrome alcoólica fetal e síndrome de abstinência neonatal. Essas síndromes podem ser identificadas logo após o nascimento do neonato ou após o terceiro dia, e as manifestações ocorrem de acordo com a substância consumida, consequentemente, o recém-nascido por alterações físicas e comportamentais.

Por isso, é fundamental acompanhar os primeiros dias de vida para que seja possível identificar e tratar essa criança. Contudo, atualmente o país não tem uma regulamentação que ampare os bebês nascidos de mulheres usuárias de drogas e Curitiba não possui instituição direcionada ao atendimento e acolhimento de mulheres grávidas usuárias de drogas.

Outro fato imprescindível a ser apresentado, é que há poucas décadas foi descoberto que o neonato sente dor, segundo Bellieni (2008, p. 34): “Parece impossível, mas a dor do recém-nascido foi reconhecida somente em fins dos anos 1980. Os trabalhos fundamentais de Anand são de 1985. Até então, isso era negado”. Acreditava-se que o recém-nascido não tinha arcabouço físico para elaborar a dor, quando muito ao contrário, “hoje sabemos que essa imaturidade não impede a sensação da dor. Sabemos com certeza que o recém-nascido sente mais

dor que o adulto” e ainda mais “tem menos capacidade de autobloquear a sensação de dor como faz um adulto” (BELLIENI, 2008, p. 34).

Sentindo dor e sofrendo das síndromes de abstinência de álcool e outras drogas, o feto será acometido pela crise de abstinência. Questiona-se o motivo pelo qual o recém-nascido não recebe tratamento e acompanhamento especializado tendo em vista que o mesmo sente dor e sendo assim, sofrerá tanto quanto um adulto que passa por esse período. Afinal a “dor no prematuro não tem apenas efeitos psicológicos” [...] provoca taquicardia, instauração, aumento da pressão intracraniana e arterial”, ou seja, plenamente diagnosticáveis e que são disparadores para a hemorragia cerebral (BELLIENI, 2008, p. 34).

A bioética de intervenção utiliza a dor como indicador de qualidade de vida, neste contexto, pode-se inferir que o recém-nascido é parte da população alvo de sua preocupação. Faz-se necessário refletir, propor e desenvolver ações voltadas especificamente para os neonatos expostos ao uso de drogas, afinal também são detentores de direitos, especialmente o direito a uma vida digna.

No momento do enfrentamento da dor, segundo Bellieni (2008) o recém-nascido sente a necessidade “de uma presença que o ajude, exatamente como se faz com a criança maior, porém com maior razão”, o neonato qualifica-se como sendo “um sujeito particularmente estressado, confinado em um microcosmo bom, para nosso objetivo de mantê-lo afastado de infecções, porém péssimo com relação a seu desenvolvimento e estímulo psíquico” (p. 35).

Em muitas situações esse recém-nascido pode ter sido deixado no hospital ou sua genitora não tem a guarda do filho, como é, muitas vezes o caso do neonato exposto às drogas. Como ele não terá acompanhamento da pessoa com a qual possui vínculo, a sua mãe, é importante atentar-se para que indiferente da dependência das drogas dessa mulher, o neonato não deve ser punido pelo uso de drogas da sua mãe. Cabe o alerta de que quando se providencia apenas a separação entre ambos, não se propicia uma transformação na vida desses sujeitos.

Considera-se a importância dos cuidados que a gestante deve ter consigo e com o feto, contudo, como exigir isso de uma pessoa que está sob o efeito de drogas, as quais acometem o seu discernimento e sua autonomia. Faz-se necessário criar ações e políticas públicas para essas mulheres, para que elas possam ser atendidas e acolhidas no período e a após a gestação. Sendo

necessário resgatar a autonomia, para que elas desenvolvam a decisão autônoma e com isso possam empoderar-se.

Desta maneira, as gestantes usuárias de drogas e os seus filhos, necessitam de intervenção e proteção. Devem ser considerados *diferentes*, no sentido que estão vivenciando uma realidade diversa e precisam de cuidados que atendam e supram as suas especificidades. A partir do momento que houver interligação entre os serviços e a conscientização do problema, aí sim, será possível acompanhar e propor medidas de intervenções para gestantes e neonatos.

O professor Antônio Nery Filho (BRASIL, 2014, p. 133) destaca que “as diversas questões relacionadas ao uso/abuso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas é, lamentavelmente, um tema negligenciado pela Bioética brasileira”. Salienta ainda que:

> Nesse sentido, a prevenção do consumo, em particular do consumo disfuncional (abusivo, nocivo ou prejudicial), não se fará através de intervenções circunstanciais orientadas pelo preconceito, exclusão ou simplesmente apoiadas na ideia de um mal demoníaco, mas sim, através do **desenvolvimento de políticas públicas** que atendam às necessidades das populações em sua diversidade geográfica e cultural (BRASIL, p. 133-134, grifo do autor).

Entende-se que diante deste contexto, as ações refletidas a partir da bioética de proteção e a de intervenção devem se complementar. A bioética de proteção irá identificar a problemática das mulheres gestantes de drogas e buscará proteger o binômio, mãe e feto. Enquanto a bioética de intervenção visa a criação de políticas públicas, por meio da responsabilização do Estado.

4.2 CONTRIBUIÇÕES DO SERVIÇO SOCIAL

Alguns elementos do serviço social podem auxiliar na leitura que desenvolve-se nessa pesquisa à luz da Bioética. O assistente social, visa desenvolver a prática de empoderamento e o fortalecimento da autonomia do sujeito, entendendo que, esse fortalecimento origina no indivíduo o controle das suas decisões (FALEIROS, 2010). A ação de fortalecer o sujeito se dá no contexto de exclusão, neste estudo, as mulheres gestantes usuárias de drogas são as excluídas. Acredita-se que por meio de ações específicas e próprias da atuação do Serviço Social que promovam o

empoderamento, é possível que essas mulheres desenvolvam e recuperem sua autonomia.

Segundo Netto e Carvalho (2007, p. 51) o assistente social “é um dos mediadores privilegiados na relação entre população dominada, oprimida ou excluída, e o Estado”, principalmente por ser uma profissão que tem “características singulares”. Seu campo de atuação não existe para corresponder a “uma única necessidade humana [...], tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe”, alcança sua função primordial ao “atuar sobre todas as necessidades humanas”, contudo para a classe social “formada pelos grupos subalternos, pauperizados ou excluídos dos bens, serviços e riquezas dessa mesma sociedade” (NETTO; CARVALHO, 2007, p. 52). Aí está revelado o caráter mediador.

Analisa-se que a problemática da dependência química entre as mulheres gestantes, envolve vários problemas, os quais foram apontados nesta seção: a exposição do feto às drogas; as complicações da gestação e do desenvolvimento do feto; a escassez das ações de saúde que acompanhem essas mulheres; a desnutrição; a importância da realização e acompanhamento do pré-natal; o aumento dos abortos em decorrência do uso de drogas; e, a ausência de políticas públicas que atendam gestantes usuárias de drogas e os neonatos. Todos os fatores mencionados, comprometem o desenvolvimento e a formação do feto, e isso terá reflexo por toda a vida do neonato.

No Brasil o jurídico por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) quer proteger seus cidadãos desde a mais tenra idade, é o que trazem em especial os artigos 7º e 8º apropriados para discutir o tema em questão. Para refletir tome-se o texto que registra o direito às crianças a ter sua vida e saúde protegidas (art. 7º) e mais que assegura “a todas as mulheres”, ou seja, inclusive às usuárias que são gestantes de filhos que têm direito à proteção da vida e saúde, “acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher” e especificamente garante “às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral (art. 8º)” (BRASIL, 2016). Da leitura detida e meditada pode-se afirmar que o direito à saúde e tratamento de recém-nascidos estão sendo negados, especialmente os filhos de adictas.

Ora, o uso de drogas na gestação é um grave problema global, social e, principalmente, de saúde pública. A negligência para com esses neonatos vulnerados se explicita inclusive na ausência de pesquisas para mapear a situação. No Brasil não existem dados que descrevam quantas mulheres gestantes são usuárias de drogas e quantos neonatos são expostos ao uso. Esse problema de saúde pública não existe de fato, no mundo extremamente tecnocientífico e capitalista em que se vive, o que não se prova com números não existe.

Outro ponto que revela a situação de descaso com essa parcela da população, adoentada e que gera filhos dependentes, é a falta de protocolo de atendimentos para essas gestantes, sem o protocolo não é obrigatório identificar a mulher que consome drogas, dificultando assim, o acompanhamento do recém-nascido.

Sendo que a partir do conhecimento do uso de drogas entre as mulheres gestantes, é possível realizar ações voltadas para essas mulheres e consequentemente realizar tratamento imediato para abstinência do neonato e acompanhamento posterior. Ao averiguar esse recém-nascido, é possível acompanhar a fase da primeira infância e da adolescência e propor medidas necessárias, inclusive a prevenção ao uso de drogas. É crucial incluir tais apontamentos para a área da saúde, que pode e deve realizar ações de conscientização e capacitação para os profissionais que atuam com as mulheres e com os neonatos.

O consumo de drogas entre as mulheres gestantes e a exposição dos neonatos às drogas, são manifestações da questão social. O profissional de Serviço Social tem caráter sociopolítico, crítico e interventivo, e sua atuação ocorre por meio de uma *práxis* transformadora. Referindo-se a bioética de proteção, essa permite analisar esse grupo vulnerado (gestantes e neonatos) e a bioética de intervenção possibilita desenvolver ações com o intuito de intervir por meio de políticas públicas frente ao problema exposto. Relacionando o assistente social, a bioética de proteção e a bioética de intervenção, considera-se possível uma atuação mais abrangente, que analise o sujeito no seu contexto sociocultural.

4.3 E AÍ…?

O Brasil apresenta uma vasta desigualdade social em todas as esferas. Uma questão pertinente e incontestável, são os usuários de drogas, os quais, por sua vez, passam a viver às margens da sociedade e com isso tornam-se invisíveis sociais. A discriminação com esse grupo se apresenta de forma hostil, o que contribui para que a sociedade exclua de suas vistas essa população que se faz crescente nas ruas e nos centros das cidades.

Entende-se como indivíduo socialmente excluído, aquele que está impedido de participar plenamente na vida social, econômica e civil, por sua vez, ter o acesso aos mínimos sociais retido, com isso a pessoa deixa de desfrutar de um patamar de vida aceitável pela sociedade a qual pertence. Segundo Sposati (1996, p. 13), exclusão social "leva à vivência da privação, da recusa, do abandono e da expulsão, inclusive com violência, de uma parcela significativa da população. Por isso exclusão social e não só pessoal. Não se trata de um processo individual [...]". Se transforma numa "situação de privação coletiva [...] da autonomia, do desenvolvimento humano, da qualidade de vida, da equidade e da igualdade (SPOSATI, 1996, p. 13).

Assim sendo, a exclusão social é uma expressão da questão social, e no âmbito do país, está associada aos fatores discriminatórios, estes que mantêm o excluído como um ser a parte da sociedade, o qual é estigmatizado por sua condição social.

A hodierna sociedade é conservadora, carrega resquícios de um passado escravista. Neste contexto, percebe-se que a exclusão social, por sua vez, apresenta processos de discriminação racial e social, os quais contribuem para o aumento da desigualdade entre as classes sociais, desta maneira, corroboram com a estigmatização social do excluído. Para Wanderley (1997, p. 87), o estigma é como uma cicatriz, aquilo que marca, denota claramente o processo de qualificação do indivíduo na lógica da exclusão.

A relação das drogas está entrelaçada intimamente com a violência oriunda do tráfico de drogas, portanto, o nexo que se faz entre as drogas e a criminalidade ocasiona a acentuação do preconceito. Uma pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo (CARVALHO, 2009), apresenta que o preconceito contra os usuários de drogas é o segundo no *ranking* do país. Contudo, ao analisar a dependência de drogas entre as mulheres, verificou-se que tal preconceito intensifica-se.

É possível perceber que o preconceito contra as mulheres usuárias de drogas, inicia-se no contexto familiar, tais mulheres não recebem o mesmo apoio que os homens. Referindo-se ao uso de álcool, SieIski e Matos (2009, p. 20) demonstram que a mulher que aprecia a bebida no seu convívio social é tolerada se "mantém a sua postura adequada".

O consumo de álcool não é aceito, tendo em vista, que esse comportamento apresenta fator de incompatibilidade com o seu papel. Isso colabora para que a mulher alcoolista seja estigmatizada, considerada promíscua, amoral e fraca. Outra questão, é que seus companheiros são menos tolerantes no que diz respeito à aceitação da dependência do álcool entre as mulheres, com isso os registros de divórcios familiares aumentam e dificilmente esses companheiros irão auxiliar na busca por tratamento (GUIMARÃES, 2010, p. 31,61). Para Nóbrega e Oliveira (2005, p. 820), é perceptível a visão agressiva da sociedade e da família das mulheres alcoolistas.

Diante do cenário descrito é necessário considerar que apesar de que a humanidade esteja vivendo o século XXI, as mulheres ainda representam um grupo discriminado. Azeredo (2011) diz haver uma incoerência, pois embora as mulheres estejam inseridas nos diversos contextos da sociedade, a violência e a discriminação contra a mulher estão presentes na atualidade de forma velada.

A discriminação afeta mulheres de todas as idades, raças, classes sociais, credos religiosos, escolaridade, entre outros. Ao referir-se às mulheres usuárias de drogas, a discriminação se acentua, contribuindo para que sejam estigmatizadas e excluídas socialmente.

No decorrer dessa pesquisa, foi possível verificar tal discriminação por meio das ações, programas e políticas públicas direcionadas para as mulheres usuárias de drogas, sendo ainda mais evidenciada entre as mulheres gestantes. Como já mencionado, a problemática do uso de drogas entre gestantes acomete o binômio, mãe e filho. Considera-se um preocupante problema de saúde pública, o qual carece de atendimento específico.

Verificou-se que as ações voltadas para as gestantes e os neonatos ocorrem de maneira isoladas e ainda são embrionárias. Um exemplo disso são as pesquisas científicas desenvolvidas, a área com mais iniciativas em pesquisa com essa temática é a Enfermagem.

Outra ação que merece ser destacada, é o Programa de Bebês Expostos à Substâncias Químicas no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas em Porto Alegre (RS), cuja coordenadora é a médica-pediatra Gabrielle Bocchese da Cunha[19], o programa é pioneiro no Brasil. A pediatra desenvolve testes nos neonatos que foram expostos às drogas, o intuito é identificar as alterações físicas e mentais que as substâncias possam ter provocado no bebê. Outros exames desenvolvidos pela pediatra são: a análise do tono muscular e o teste com *laser*[20], o qual identifica as consequências das drogas no cérebro. Tais procedimentos respeitam os sinais que o recém-nascido está dando.

Segundo reportagem de Leandro Staudt (2013), cresce o número de crianças acolhidas nas instituições de acolhimento em Porto Alegre. Na mesma reportagem, Staudt entrevista a Dr.ª Gabrielle (2013), a qual identifica que as gestantes:

> [...] perdem o censo crítico, usam drogas, álcool e cigarro, não fazem pré-natal, apresentam desnutrição e até doenças, como a Aids. Ela conta que são diversas implicações para os bebês, como infecções, sífilis congênita ou alterações de comportamento. A médica destaca que são casos dos mais graves até aqueles sem nenhum problema. Nas primeiras semanas de vida, o bebê pode ficar mais agitado e ter dificuldade de mamar.
> Ele pode ter mais dificuldade para dormir, o mamar mais rápido, é como um bebê pré-maturo. Mas é um quadro reversível, com o amadurecimento do sistema nervoso central, pode melhorar muito, principalmente se os cuidados forem adequados.
> [...] em Porto Alegre, em quatro anos, foram identificados **360 bebês expostos a drogas na gestação**, a maioria com uso de crack. A médica estima que na realidade o número é o dobro. Ela reforça a importância do tratamento contra a droga para a mãe na gestação e após o parto, ficando junto com o bebê, mas lamenta as poucas vagas (STAUDT, 2013, *online*)

Como é possível notar, algumas inciativas voltadas para as gestantes e os neonatos já se iniciaram no país, contudo, essas ações são isoladas, sendo fundamental desenvolver ações que atuem em rede, com o intuito de haver uma conversa entre as ações que estão sendo desenvolvidas. Com isso é possível

---

[19] Possui graduação em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) (1991), mestrado em Ciências Médicas: Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (2000) e doutorado em Ciências Médicas: Pediatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2007). Atualmente é médica da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, coordenando o Programa de Bebês Expostos à Substâncias Químicas, atuando principalmente nos seguintes temas: exposição pré-natal a drogas, neurocomportamento neonatal e desenvolvimento infantil.

[20] *Laser* é a sigla em inglês para *light amplification by stimulated emission of radiation*, amplificação de luz por meio de emissão estimulada de radiação (DICIONÁRIO INFOPÉDIA DA LÍNGUA PORTUGUESA, 2016).

intervir na realidade do Brasil, tal intervenção pode ser adaptada para cada realidade regional, entretanto, seguindo como base alguns princípios fundamentais.

Como anteriormente mencionado, há um evento chamado de abstinência das drogas, momento que é identificado pela suspensão do uso das substâncias. Esse período provoca inúmeros desconfortos no indivíduo, tais como: mal-estar, acometimento mental e físico, convulsões, tremores, insônia, ansiedade, alucinações, entre outros. O feto que foi exposto às drogas (consumiu por meio da gestante), passará pelo período de abstinência, o qual poderá ser tão ou mais intenso que nos adultos. Tendo em vista, a falta de ações voltadas para esse público, como distinguir, tratar e acompanhar esse bebê, se a sociedade, os profissionais da saúde (equipes multidisciplinares) e o Estado desconhecem o problema.

Entende-se que esse apontamento desenvolvido neste estudo é imprescindível para conscientizar a população e os profissionais da saúde sobre esse grave problema de saúde pública; propiciar espaços para discussões entre as equipes multidisciplinares da saúde; criar rede de proteção para gestantes e seus filhos; criar protocolo de atendimento das gestantes usuárias de drogas e os neonatos; desenvolver políticas públicas e legislações específicas de proteção e intervenção do binômio (instituições que atendam mãe e bebê, com intuito de tratar essa mulher e fortalecer o vínculo entre ambos); reconhecer que as mulheres constituem um subgrupo, o qual possuem características e necessidades próprias para diagnóstico e tratamento; criar instituições voltadas para o atendimento e tratamento de recém-nascidos dependentes, entendo que esse poderá ter um futuro diferente, desde que seja amparado e protegido.

Para essas contribuições, considera-se que a profissão de Serviço Social, propicia atribuições inerentes ao profissional, que poderá potencializar sua atuação se conectado com os conceitos da Bioética principialista, a de proteção e a de intervenção. O Assistente Social tem como compromisso ético-político, técnico-operativo e teórico-metodológico desenvolver ações que propiciem a autonomia, o empoderamento, o fortalecimento de vínculo e a reinserção pessoal e social do sujeito.

A Bioética, busca refletir sobre os problemas que emergem na sociedade, analisando os problemas da minoria. Por meio da Bioética é possível desenvolver uma ponte entre as ações existentes, possibilitando o diálogo entre as ações, a

criação de uma rede que interligue as instituições que atendam as gestantes usuárias de drogas e os neonatos, essa é uma possibilidade a ser perseguida.

Entende-se que tal problemática é uma expressão da questão social, que por sua vez, faz parte do campo de atuação do profissional de serviço social. Perante os problemas apontados nesse estudo, o assistente social, por meio de sua formação teórico-metodológico, pode auxiliar no desenvolvimento de projetos que visem a transformação social do sujeito e por sua vez a questão social emergente.

As mulheres gestantes usuárias de drogas, devem ser consideradas na sua totalidade, dado que são protagonistas da sua própria história. Desta maneira, compreende-se que a Bioética e o Serviço Social juntos, podem buscar alternativas de enfrentamento para as gestantes usuárias de drogas e os neonatos. Entende-se que ambos os saberes estão respaldados em teorias e conceitos que contribuem para a reflexão e a transformação da realidade.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A intenção em desenvolver esse estudo, se deu, tendo em vista os questionamentos e preocupações da pesquisadora com as mulheres gestantes usuárias de drogas e seus neonatos. Por meio da prática profissional, foi possível perceber que em Curitiba existem poucas instituições que desenvolvem trabalhos com as mulheres adictas, sendo que alguns locais oferecem tratamento misto e os que possuem tratamento só para mulheres, disponibilizam um número mínimo de vagas. Uma das justificativas para o número menor de vagas, se comparado ao dos homens, é em decorrência dos gastos mais elevados das mulheres, principalmente no que se refere à saúde e a higiene pessoal. Outra questão necessária a ser apontada, é que o município não possui uma instituição especializada para atender e acolher as gestantes usuárias de drogas, as instituições existentes, por sua vez não aceitam essas mulheres, tendo em vista a gravidez.

Inicialmente, várias foram as pesquisas realizadas para melhor compreensão da temática, buscou-se a fundamentação teórica principalmente no que se refere aos problemas do uso de drogas lícitas e ilícitas, e as consequências desse uso entre as gestantes e o feto. O uso destas substâncias produz diversos malefícios para a pessoa, não só à saúde física, mas incide principalmente nas relações biopsicossociais. Além de tais danos, a mulher usuária de drogas, ainda precisa enfrentar diariamente o estigma imposto pela sociedade.

Além das drogas causarem diversos males na vida e saúde das gestantes, os malefícios se estendem para o feto, o qual tem seu desenvolvimento acometido. Ao nascer o filho de mãe usuária pode apresentar crises severas de síndrome alcoólica fetal e síndrome de abstinência neonatal. Tais síndromes podem emergir após o nascimento ou até dias depois.

Neste estudo, delimitou-se como objetivo geral: analisar se os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas recebem tratamento e acompanhamento especializado para a síndrome de abstinência neonatal. Os objetivos específicos traçados foram: (1) Identificar os possíveis problemas que ocorrem com os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas; (2) Realizar uma comparação, com base na literatura, entre as fases gestacionais de mulheres usuárias e não usuárias de álcool e outras drogas; (3) Discutir a bioética

de proteção e intervenção, frente ao problema dos recém-nascidos oriundos de gestantes usuárias de álcool e outras drogas. Como resultados da pesquisa, com base no levantamento bibliográfico, foi possível identificar alguns problemas que ocorrem com os neonatos, os quais estão descritos na literatura, portanto, considera-se que o primeiro objetivo específico foi alcançado. A comparação entre as fases gestacionais das mulheres proposta inicialmente não foi atingida tendo em vista a falta de produções científicas com as gestantes usuárias de drogas. Portanto, buscou-se desenvolver uma aproximação com as produções sobre as fases gestacionais das mulheres e algumas produções científicas que abordam de forma sucinta o uso de drogas por mulheres gestantes. Para o terceiro objetivo, foi possível desenvolver uma discussão frente ao problema dos neonatos e das gestantes, entretanto, no decorrer do estudo, sentiu-se a necessidade em incluir a bioética principialista, a qual oportunizou uma leitura mais ampla sobre a problemática, tendo em vista os conceitos que constam nessa corrente da Bioética.

No decorrer do desenvolvimento deste estudo, percebe-se alguns pontos de grande relevância, os quais poderão contribuir para a elaboração de um protocolo de atendimento para as gestantes e os neonatos. Sugere-se então que:

1. A gravidez de gestantes usuárias de drogas deve ser considerada como de alto risco, consequentemente tais gestantes devem ser atendidas em unidade de atenção à saúde de gestante de alto risco[21].

2. Os espaços de saúde devem criar notificação de gestantes usuárias de drogas e neonatos expostos.

3. A capacitação dos profissionais da saúde é necessária para que estes tomem conhecimento e possam atuar diante do problema do uso de drogas entre as gestantes e com os neonatos expostos as drogas.

4. Desenvolvam-se projetos de conscientização do problema.

5. Crie-se uma rede de atenção e proteção para as gestantes e neonatos.

6. Sejam desenvolvidas ações de prevenção com adolescentes e jovens.

7. Oriente-se e encaminhe-se as gestantes e os neonatos para instituições de acolhimento, para que ambos possam realizar tratamento para a síndrome de abstinência e possam dar continuidade no vínculo entre mãe e filho.

---

[21] Portaria 1.020 de 29 de maio de 2013, que dispõem sobre as diretrizes e implantações dos serviços de referência.

8. É imprescindível criar instituições que desenvolvam ações com gestantes usuárias de drogas e os neonatos.

9. Nos casos em que a genitora não aceitar o tratamento, é necessário criar instituições de acolhimento especializada para os neonatos, os quais devem receber tratamento e acompanhamento específico.

10. O acompanhamento do neonato se dê até a fase jovem.

11. Desenvolver ações de prevenções com esse neonato.

12. Criar protocolo de atendimento para as gestantes e neonatos.

Ressalta-se a importância de desenvolver ações e políticas públicas voltadas para as gestantes e os neonatos. Já que ao ser notificada a entrada de uma gestante usuária de drogas em um hospital/maternidade, é possível acompanhar o recém-nascido, com o intuito de propor ações interventivas para que este não sofra com a falta das drogas no organismo.

Considera-se que apesar das dificuldades encontradas no desenvolvimento desse trabalho, os pesquisadores atingiram o objetivo geral. Por meio da realização da pesquisa, constatou-se que os neonatos de mulheres usuárias de álcool e outras drogas não recebem tratamento e acompanhamento especializado para a síndrome de abstinência neonatal. Portanto, no Brasil não existem instituições e tampouco políticas públicas voltadas para os neonatos expostos ao uso de drogas, foram identificadas apenas algumas ações isoladas, as quais são iniciais.

Enfatiza-se que o consumo de drogas ilícitas entre as mulheres tem aumentado significativamente, o reflexo do uso é percebido por meio da dependência desenvolvida e por sua vez é notório na sociedade contemporânea. Essas mulheres precisam ser notadas em sua totalidade, pois são cidadãs e possuem direitos e deveres como qualquer outro cidadão. Contudo, carecem de políticas públicas específicas, para que sejam respeitadas, atendidas com dignidade e desta maneira possam ser reinseridas socialmente. Referente ao neonato, esse também é um cidadão, sujeito de direitos, entretanto, analisou-se que os seus direitos estão sendo negados e, por sua vez, os recém-nascidos não possuem alguém que possa se expressar por eles e que os defendam.

No campo da Bioética, o professor Nery Filho, apresenta que a relação do sofrimento dos usuários de drogas e por sua vez, a exclusão social sofrida por estes, não faz parte da discussão dos bioeticistas brasileiros. Com isso, a reflexão sobre

“esse fenômeno que são absolutamente próprio à vida de todos nós”, não estão sendo abordados (BRASIL, 2014, p. 134).

A Bioética é um espaço onde desenvolve-se diálogos multidisciplinares, onde analisa-se os vulnerados, os excluídos e as minorias, portanto, não deve haver distinção entre os temas. Sendo de uma importância ímpar, romper com os estereótipos que cercam o contexto do álcool e outras drogas no país e trazer tais discussões/reflexões para a conjuntura da Bioética!

O problema apresentado neste trabalho é uma manifestação da questão social. Considera-se que a conexão entre a Bioética e o Serviço Social propiciará ferramentas para o enfretamento da problemática apresentada neste estudo. Ambos possuem sustentação teórica e metodológica e vasto respaldo conceitual que juntos contribuíram para a transformação da realidade pessoal e social.

Há de salientar que os resultados para essa temática não se findam, sendo essencial a conscientização da importância da ampliação das pesquisas com as gestantes usuárias de drogas e com os neonatos expostos as substâncias. Salienta-se que esse é um desejo da pesquisadora, a qual pretende dar continuidade nesse estudo, com o intuito de desenvolver a pesquisa de campo no doutorado, quando pretende-se propor um protocolo de atendimento.

Após incansáveis meses de dedicação, pesquisas, leituras e infindáveis reflexões, aproveita-se o momento para expressar o quanto esse estudo impactou na vida da pesquisadora. No início, houve receio em desenvolver a pesquisa, tendo em vista, a escassez dos materiais científicos e o fato do tema ser tratado de forma velada e com muito preconceito. Com o desenvolvimento da pesquisa, a cada dia, aumentou o encantamento com o tema, o que propiciou grande crescimento pessoal e profissional da pesquisadora.

Sabe-se que ainda há um vasto caminho a ser percorrido, no que se refere aos problemas de drogas, discriminação contra as mulheres, em especial as gestantes dependentes químicas e os neonatos expostos às drogas. Entretanto, considera-se a necessidade de iniciar a luta em defesa desses vulnerados, os quais devem ser acolhidos e protegidos de maneira especial pelo princípio da Equidade.

REFERÊNCIAS

ABREU, M. M. **Serviço Social e a organização da cultura**: perfis pedagógicos da prática profissional. São Paulo: Cortez, 2002.

ACCIOLY, E.; SAUNDERS, C.; LACERDA, E. M. de A. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2. ed. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2009. 649p.

ANAD, N. The challenge of neonatal addiction syndrome. **Yale Journal of Medicine & Law:** An Undergraduate Publication. New Haven 11 dez. 2014. Disponível em: <http://www.yalemedlaw.com/the-challenge-of-neonatal-addiction-syndrome/>. Acesso em: out. 2015.

ANTÓN, D. M. **Drogas:** conhecer e educar para prevenir. São Paulo: Scipione, 2003. 151p.

ASSOCIAÇÃO DE LIONS CLUBES INTERNACIONAL. **Drogas**: perguntas e respostas. 2. ed. Distrito L21, Assessoria de Conscientização Acerca de Drogas. Gestão de 1990-1994 Lions Clube Maringá, 1994.

ARAÚJO, A. C.; NETO, F. L. A Nova Classificação Americana Para os Transtornos Mentais – DSM-5. **Rev. Bras. de Ter. Comp. Cogn**., v. XVI, n. 1, p. 67 – 82, 2014.

AZEREDO, S. **Preconceito contra a "mulher":** Diferença, Poemas e Corpos. São Paulo: Cortez, 2011.

BAPTISTA, A. D.; BAPTISTA, M. N. Avaliação de depressão em gestantes de alto-risco em um grupo de acompanhamento. **Interação em Psicologia**, v. 9, n.1, p.155-163, 2005.

BARBOSA JR. et al. Tendências da epidemia de AIDS entre subgrupos sob maior risco no Brasil, 1980-2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 4, p. 727-37, abr. 2009. Disponível em: < www.scielosp.org/pdf/csp/v25n4/03.pdf>. Acesso em: jan. 2017

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa-PT: Ed.70, 1977.

BASTOS, F. I.; BERTONI, N. (Org.) **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack**: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ, 2014. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>. Acesso em: nov. 2016.

BEAUCHAMP, J. F.; CHILDRESS, T.L. Princípios de Ética Biomédica. São Paulo: Loyola, 2013.

BELLIENI, C. **Ser não é um ser humano... O feto**: um novo membro da família. São Paulo: Loyola, 2008.

BITTENCOURT, A. L. P.; GARCIA, L. F.; GOLDIM, J. R. Adolescência vulnerável: fatores biopsicossociais relacionados ao uso de drogas**. Revista Bioética**, v. 23, n. 2, p. 311-9, 2015.

BRASIL. Conselho Regional de Serviço Social. CFESS. **O que faz o/a assistente social?** Disponível em: <http://www.cfess.org.br/servicos_perguntas.php>. Acesso em: nov. 2016.

_____**. CID-10**. DATASUS. 2008. Disponível em: <datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10> Acesso em: fev. 2016.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. **Crack, É Possível Vencer**. 2011a. Disponível em: <http://www.justica.gov.br/sua-seguranca/seguranca-publica/programas-1/crack-e-possivel-vencer>. Acesso em: jan. 2017

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimento, atitudes e práticas na população brasileira.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 126p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_conhecimentos_atitudes_praticas_populacao_brasileira.pdf>. Acesso em: jan. 2017.

_____. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas:** capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias / Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. – 6. ed. – Brasília, DF: SENAD-MJ / NUTE-USFC, 2014.

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente (**ECA). LEI n. 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Planalto. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm> Acesso em: set. 2016.

CARVALHO, R; IAMAMOTO, M. V. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 21 ed. São Paulo: Cortez, 2007.

CARVALHO, V. **Preconceito contra usuário de droga é o segundo no ranking**. 2009. Disponível em: <http://maringa.odiario.com/maringa/2009/04/preconceito-contra-usuario-de-droga-e-o-segundo-no-ranking/215907/> Acesso em: set. 2016.

CORREIA, F. A. **A alteridade como critério fundamental e englobante da bioética**.1996.

CUNHA, W. **In-dependência**. São Paulo: Ideia e ação, 2006. 127p.

CURITIBA. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS** da Prefeitura Municipal de Curitiba, 2014. Disponível em: < http://multimidia.curitiba.pr.gov.br/2014/00156481.pdf>. Acesso em: jan. 2017.

CURTIS, G. B.; SCHULER, J. **Sua gravidez, semana a semana**. São Paulo: Martins Fontes, 2004. 429p.

DICIONÀRIO Cambridge. Verbete: **crack.** Disponível em: <http://dictionary.cambridge.org/pt/> Acesso em: mar. 2016.

DICIONÁRIO Infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico. *online*. Verbete: **Laser**. Porto: Porto Editora, 2003-2016. Disponível em: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/laser>. Aceso em: dez. 2016

DUARTE, P. do C. A. V.; BRANCO, A. P. U de A. Legislação brasileira sobre drogas. In: Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil. Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2011. 106 p.

DURAND, G. **A bioética:** natureza, princípios, objetivos. São Paulo: Paulus, 1995.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2010.

FÁVERO, E. T.; MELÃO, M. J. R.; JORGE, M. R. T. **O Serviço Social e a Psicologia no Judiciário:** construindo saberes, conquistando direitos. São Paulo: Cortez, 2005.

FELDMAN, R. S. **Introdução à psicologia**. Porto Alegre: AMGH, 2015. 654p.

FERNANDES, F.; LUFT, C. P.; GUIMARÃES, F. M. Dicionário Brasileiro Globo. **Verbetes**: consciência; discernimento; liberdade. São Paulo: Globo, 1997.

FERRER, J. J.; ÁLVAREZ, J. **Para fundamentar a bioética**: teorias e paradigmas teóricos na bioética contemporânea. São Paulo: Loyola, 2005.

FERTIG, A. et al. Mulheres usuárias de crack: Conhecendo suas histórias de vida. **Esc Anna Nery**, v. 20, n. 2, p. 310-316, 2016. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0310.pdf>. Acesso em: dez. 2016.

FORMIGONI, M. L. O. de S. (coord.). **O uso de substâncias psicoativas no Brasil:** módulo 1. SUPERA Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento. 5.ed. Brasília: Secretaria Nacional de políticas sobre Drogas, 2014.

GARRAFA, V. Da bioética de princípios a uma bioética interventiva. **Revista Bioética,** v.13, n. 1, p. 130, 2005.

_____; CORDÓN, J. (Org.). **Bioética no Brasil hoje**. São Paulo: Gaia, 2006.

_____; PESSINI, L. **Bioética**: poder e injustiça. 2. ed. São Paulo: Loyola, 2004. 522p.

GARRAFA; PEREIRA, 2006 apud SILVA, L. E. S.; DRUMMOND, A.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção**:** uma prática politizada na responsabilidade social. **Universitas**: Ciências da Saúde, Brasília, v. 9, n. 2, p. 111-119, jul./dez. 2011.

_____; PORTO, D. Bioética poder e injustiça: por uma ética de intervenção. In:_____. **Bioética:** poder e Injustiça. São Paulo: Loyola, 2004, p. 35–44.

GONÇALVES, E. R.; RAMOS. F. R. S.; GARRAFA, V. O olhar da Bioética de Intervenção no trabalho do cirurgião-dentista do Programa Saúde da Família (PSF) **Revista Bioética**, v.18, n.1, p. 225 – 239, 2010.

GENTILLI, R. **Representações e práticas**: identidade e processo de trabalho no serviço social. São Paulo: Veras, 1998.

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007 p.175.

GUIMARÃES, A. B. P. **Passado que vive:** transmissão familiar do alcoolismo feminino, Um / 2010 transmissão familiar do alcoolismo feminino. Curitiba: Rosea Nigra, 2010.

HOSSNE, W. S.; ALBUQUERQUE, M. C.; GOLDIM, J. R. Nascimento e desenvolvimento da Bioética no Brasil. In: ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. de (Org.). **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

HUMBERG, L. V. Uso de drogas. Existe um porquê? In: MALUF, D. P. et al. **Drogas prevenção e tratamento:** o que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: CLA, 2002. 95p.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na Contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: CFESS e ABEPSS (Org.). **Serviço Social**: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS / ABEPSS, 2010.

KASSADA, D. S. K.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções/práticas de gestantes usuárias de drogas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.18, n. 3, jul./set. 2014, p.428-429. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0428.pdf>. Acesso em dez. 2016.

KENNER, C. **Enfermagem neonatal**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000. 375p.

LARANJO, T. H. M. Sociedade, História e drogas: a complexa trama de interesses. In: MALUF, D. P. et al. **Drogas prevenção e tratamento**: o que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: CLA, 2002. 95p.

LARANJEIRA, R. **Drogas:** maconha, cocaína e crack. 4. ed. São Paulo: Contexto, 2003. 67p.

LAUREN, R. Pesquisas na área de classificação de doenças. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 3, n. 2, p. 112-126, 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v3n2/06.pdf>. Acesso em: set. 2016.

LEONE, S.; CUNHA, J. T. da; PRIVITERA, S. **Dicionário de Bioética**. EPS; Santuário, 2001. 1162p. Coleção Dois Mundos, v.7.

MALCON, M.; MENEZES, A. M. B.; CHATKIN, M. Prevalência e fatores de risco para tabagismo em adolescentes. **Revista Saúde Pública**, n. 37, p.1-7, 2003.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002. 229p.

MALUF, D. P.; MEYER, M. Prevenção na prática: como fazer um programa de prevenção ao uso de drogas em escolas. In: _____. **Drogas prevenção e tratamento:** o que você queria saber e não tinha a quem perguntar. São Paulo: CLA, 2002. 95p.

MALTA et al., 2008

MARANGONI, S. R.; OLIVEIRA, M. L. de. Fatores desencadeantes do uso de drogas de abuso em mulheres. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 662-70, jul. /set. 2013. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a12>. Acesso em: jul. 2016

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. Crack: the new obstetric epidemic. **Rev HCPA**, v. 33, n.1 p-1-11, 2013. Disponível em: < http://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/viewFile/33833/25672>. Acesso em dez. 2016.

MARTINS FILHO, J. **O nascimento e a família**: Alegrias, surpresas e preocupações. Campinas, SP: Papirus, 2014.

MEYER, M. **Guia prático para programas de prevenção de drogas**. Departamento de saúde mental do Hospital Albert Einstein. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. São Paulo, 2003. 30p.

MICHEL, M. H**. Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

MITSUHIRO, S. S.; LARANJEIRA, R. Gestantes e perinatal. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química:** prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

MOREIRA, M. S. S. Dependência familiar. **Revista da SPAGESP** - Sociedade de Psicoterapias Analíticas Grupais do Estado de São Paulo, v. 5, n. 5, p. 83-88, 2004.

NARCOTICS Anonymous World Services (NA), Incorporated. 1991. ISBN 978-1-55776-134-7 Portuguese (Brazil) 12/15. WSO Catalog. Item n. PB-3107 **Sou um adicto?** Disponível em: <https://na.org/admin/include/spaw2/uploads/pdf/ips/br/BR3107.pdf> Acesso em: set. 2015.

NASCIMENTO, C. **Bebês de mães usuárias de crack sentem dor física, devido à separação.** 04 ago. 2014, Disponível em: <http://odia.ig.com.br/noticia/rio-de-janeiro/2014-08-04/bebes-de-maes-usuarias-de-crack-sentem-dor-fisica-devido-a-separacao.html#>. Acesso em: jul. 2016.

NETTO, J. P. **Ditadura e serviço social**: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. do C. **Cotidiano**: conhecimento e crítica. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

NÓBREGA, M. do P. S. S.; OLIVEIRA, E. M. Mulheres usuárias de álcool: análise qualitativa. **Revista Saúde Pública**, v. 39, n. 5, p. 816-23, 2005. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n5/26304.pdf> Acesso em: mai. 2016

ODENT, M. **Nove meses para salvar o mundo**. 2012. Disponível em: <https://anepbrasil.wordpress.com/tag/michel-odent/> (Carla Machado). Acesso em: set. 2016

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. OMS **Classificação de Transtornos mentais e de comportamento da CID-10**. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul, 1993.

_____. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001: saúde mental, nova concepção, nova esperança. Genebra, Suiça: OMS, 2001. Disponível em:< http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf>. Acesso em dez. 2016.

PARANHOS, F. R. L. Bioética de intervenção e o caso das drogas bevacizumabe e ranibizumabe para doenças da retina. **Revista Iberoamericana de Bioética**, n. 02, p.1-10, 2016.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano**. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 888p.

PEREIRA, L. C. et al. Legalização de drogas sob a ótica da bioética da proteção. **Revista Bioética**, v. 21, n. 2, p. 365-74, 2003.

PETRY, F. B. Resenha de BEAUCHAMP, T.L. & CHILDRESS, J.F. Princípios de Ética Biomédica. 4. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2002. **ethic**@, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 87-92, jun. 2004. Disponível em: <file:///C:/Users/Fast%20Shop/Downloads/14702-45340-1-PB%20(2).pdf.> Acesso em: set. 2016.

PESSINI, L. Introdução à edição brasileira. In: BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola, 2002, p. 9-13.

_____; BARCHIFONTAINE, C. de P. de; PRADO, M. M. do. Bioética no Brasil: produções científicas e perspectivas. In:_____. **Bioética no Brasil:** tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias & Letras, 2007.

PIRES, W. R. **Drogas Existe uma Saída**. Campinas: Komedi, 2000. 199p.

PORTO, D.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção: considerações sobre a economia de mercado. **Revista Bioética**, v. 13, n. 1. p.111.123, 2005.

POTTER, V. R. **Bioética:** ponte para o futuro. Tradução Diego Carlos Zanella. São Paulo: Ed. Loyola, 2016.

PORTAL UNICAMP. **Reflexo de Moro**. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: <http://www.fcm.unicamp.br/fcm/neuropediatria-conteudo-didatico/exame-neurologico/reflexos-primitivos>. Acesso em: jan. 2017.

PRATI, F. S. de M. **Baixo peso ao nascer: análise crítica e proposta de trabalho com Gestantes em comunidades da região metropolitana de Curitiba - Estado do Paraná**. Curitiba, 2011. 144f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente) - UFPR.

PROERD. Programa Educacional de Resistência às Drogas. **Proerd no Brasil**. Disponível em: <http://www.proerdbrasil.com.br/oproerd/oprograma.htm>. Acesso em: jan. 2017.

REINALDO, A. M. S.; GOECKING, C. C.; SILVEIRA, B. V. da. Impacto das imagens de prevenção do uso de tabaco veiculadas em maços de cigarro na perspectiva de adolescentes. Impact of tobacco prevention advertising on cigarette packets on teenagers. **REME** - Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 3, p. 364-372, jul./set. 2012.

SCHOPENHAUER, A. **Sobre a filosofia e seu método**. São Paulo: Hedra, 2010.

SCHRAMM. F. R. A bioética de proteção é pertinente? **Revista Bioética**, v. 19, n. 3, p. 713-724, 2011.

_____. Bioética da Proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização**. Revista Bioética**, v. 16, n. 1, p. 11-23, 2008.

_____. ANJOS, M. F. dos. ZOBOLI, E. A questão das tendências epistemológicas ou de fundamentação. In:_____. (Org.). **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

_____ et al. (Org.) **Bioética, risco e proteção**. Rio de Janeiro: UFRJ; Ed. FIOCRUZ, 2009.

_____. Bioética sem universalidade? Justificação de uma bioética latino-americana e caribenha de proteção In: GARRAFA, V; KOTTOW, M.; SAADA, A. (Organizadores). **Estatuto epistemológico de la bioética**. México: Unam/Unesco; 2005. p. 143-157.

SEGRE, M. apud MARTINS FILHO, J. **O nascimento e a família**: Alegrias, surpresas e preocupações. Campinas, SP: Papirus, 2014.
SIELSKI, F.; MATOS, L. C. **Ciência e Vivências**: Reflexões sobre o Alcoolismo e Drogadição. Curitiba: Posigraf, 2009. 113p.

SILVA JR., F. J. G. da; MONTEIRO, C. F. de S. Os significados da morte e do morrer: a perspectiva de usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 2, [06 telas], mar.-abr. 2012. Disponível em; <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n2/pt_22.pdf>. Acesso em: dez 2016.

SILVA, M. B. da; KRUNO, R. B. Consequências do uso do crack para a gestante e seu recém-nascido: uma revisão integrativa de literatura. **Revista CIPPUS – UNILASALLE**, Canoas, v. 3, n. 1, mai./2014. ISSN: 2238-9032

SILVA, L. E. S.; DRUMMOND, A.; GARRAFA, V. Bioética de intervenção**:** uma prática politizada na responsabilidade social. **Universitas**: Ciências da Saúde, Brasília, v. 9, n. 2, p. 111-119, jul./dez. 2011.

SIQUEIRA, J. E. de; PORTO, D.; FORTES, P. A. de C. Linhas temáticas da Bioética no Brasil. In:_____. (Org.). **Bioética no Brasil**: tendências e perspectivas. Aparecida: Idéias & Letras; São Paulo: Sociedade Brasileira de Bioética, 2007.

SPOSATI, A. de O. **Mapa da exclusão/inclusão social na cidade de São Paulo**. São Paulo: EDUC, 1996.

SPRINGHOUSE CORPORATION. **Enfermagem no cuidado materno e neonatal** - Série Incrivelmente Fácil. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. 560p.

STAUDT, L. **Bebês de viciadas em crack exigem cuidados especiais nos abrigos.** Entrevista a Dr.ª Gabrielle Bocchese da Cunha, 26 fev. 2013, Disponível em: <http://gaucha.clicrbs.com.br/rs/noticia-aberta/bebes-de-viciadas-em-crack-exigem-cuidados-especiais-nos-abrigos-907.html>. Acesso em: set.2016.

STEPKE, F. L.; DRUMOND, J. G. de F. **Fundamento de uma antropologia bioética**: a apropriação, o bom e o justo. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola, 2007.

THE Daily Telegraph. **New laws will see babies taken from addicted or abused mothers who refuse to seek help**. Staff Writers, The Sunday Telegraph, 2013.

UNITED Nations Office on Drugs and Crimes. UNODOC. Escritório de Ligação e Parceria no Brasil. **Programas de Prevenção**. Disponível em: <

http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/drogas/programas-de-prevencao.html>. Acesso em: jan. 2017.

UNIVERSIDADE de São Paulo. USP. **Pesquisa da USP relaciona risco de transtorno mental comum com tabagismo**. 2011. Disponível em: <http://saopaulo.sp.gov.br/spnoticias/lenoticia.php?id=213809>. Acesso em: nov. 2016.

VÁSQUEZ, A. S. **Filosofia da Práxis**. São Paulo: Expressão Popular Brasil, 2011.

VIEIRA, B. O. **História do Serviço Social:** contribuições para a construção de sua teoria. Rio de Janeiro: Agir, 1980.

VIEIRA, M. C. **Filhos do crack:** conheça histórias de famílias que adotaram meninos e meninas. 28 set. 2015. Disponível em: < http://revistacrescer.globo.com/Voce-precisa-saber/noticia/2015/09/filhos-do-crack-conheca-historias-de-familias-que-adotaram-meninos-e-meninas.html> Acesso em: out. 2016.

VITOLO, M. R. **Nutrição:** da gestação à adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003. Não paginado ISBN 85-87148-73-7 (enc.).

WANDERLEY, M. B. Refletindo Sobre a Noção de Exclusão. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 55, ano XVIII, nov. 1997.

WOLLE, C. de C.; ZILBERMAN, M. L. Mulheres. In: DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência química**: prevenção, tratamento e políticas públicas. Porto Alegre: Artmed, 2011.

YAMAGUCHI, E. T. et al. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clín,** v. 35, supl. 1, p. 44-47, 2008. Disponível em: <www.revistas.usp.br/rpc/article/download/17181/19188>. Acesso em: dez. 2016.
YJML. **The Challenge of Neonatal Addiction Syndrome**. Disponível em: <http://www.yalemedlaw.com/the-challenge-of-neonatal-addiction-syndrome>
Acesso em: jul. 2015.