



Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Jaqueline Neves Lubianca
Edison Capp
organizadores

Alunos

Affoue Prisca M. Stanislas Yao
Alexsandro M. da Silva e Silva
Angelo Croda Chies
Arthur Bogorny Fiegenbaum
Artur Fogliato Santana
Bárbara Ribeiro
Bruna de Queiroz Correia
Bruna Mielczarski
Bruna Rambo
Bruno Rabolini
Clara Krummenauer Maraschin
Débora Marques de Araújo
Douglas R. da Rosa Pinheiro
Eduarda Goldani R. Peixoto
Eduardo Artico
Eduardo Castelli Kroth
Eduardo Priesnitz Friedrich
Eric Marques Januário
Gabriel Alves Marconi
Gabriel da Silva
Gabriel Petrolli
Gabriela Figueiredo Güntzel
Gabriela Viana
Giovanna Sandi
Giulia Menegon Moura Loureiro
Graziella Nunes Peixoto
Guilherme Garcia
Guilherme Strieder de Oliveira

Marcelo do Prado Malagutti
Henrique Paz
Igor Luiz dos Santos Kessler
Jerry Eduardo de A. de Bairos
João Pedro Lubianca
Juliana da Silva Uhlmann
Juliane Leticia Miranda Cruz
Kelly Ane Pinto dos Santos
Laura Lacroix
Leonardo da Costa Meireles
Lethicia Campos Ferraro
Maikson Ferreira Mendes
Manoella Borges S. Gonçalves
Manoella Guatimuzim T. da Silva
Marcelo Bender Angst
Maria Elisa Soares Machado
Mariana de Cássia P. Monteiro
Mariana Marchezan Menezes
Marilza Vallejo Belchior
Marina Abs da Cruz Rodrigues
Matheus Tomazzoni
Mauro Henrique Lehugeur Gross
Morgana L. de Souza Carvalho
Yasmine M. Carneiro Monteiro
Natália Mainardi
Nicolas Borba de Lourenço
Paula Machado Aguiar
Pedro Carlos Fritscher Júnior
Roberto Biselo

Rochanne Figini Maciel
Ronaldo Legati Júnior
Sarah Maria dos Santos Ahne
Shanna Luiza de Castro
Sofia Pacheco
Stéfani Küster
Thalia Michele Vier Schmitz
Victoria Etchart dos Santos
Vitória Sonda Gazzi
Yasmim Santana de Almeida
Monitores PPSM 2020/1
Ana Carolina Tenório de Oliveira
Bárbara Luiza Bernardi
Giovanna Sandi Maroso
Laura Motta Belan
Letícia Zanotelli Fernandes
Professores
Adriani Oliveira Galão
Alberto Mantovani Abeche
Daniela Vanessa Vettori
Edimárlei Gonsales Valério
Jaqueline Neves Lubianca
Jorge Villanova Biazús
Márcia Luiza M. Appel Binda
Maria Celeste Osório Wender
Ricardo Francalacci Savaris
Sérgio H. A. Martins Costa
Solange Garcia Accetta
Suzana Arehart Pessini

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Medicina
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

Promoção e Proteção da Saúde da Mulher ATM 2024/1

Porto Alegre 2021
UFRGS

U58p Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia.
Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/1 / Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina; organizadores: Jaqueline Neves Lubianca e Edison Capp – Porto Alegre: UFRGS, 2021.

218p.

ISBN: 978-65-00-23400-8

E-Book: 978-65-00-23394-0

1. Saúde da mulher 2. Promoção da saúde 3. Ginecologia 4. Obstetrícia I. Lubianca, Jaqueline Neves, org. II. Capp, Edison, org. III. Título

NLM: WA309

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)
(Bibliotecária Shirlei Galarça Salort – CRB10/1929)

Endereço:
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
FAMED – UFRGS
Rua Ramiro Barcellos, 2400/2º andar
CEP 900035-003 – Porto Alegre – RS
E-mail: dgo@ufrgs.br

Editoração, diagramação e capa: Edison Capp

Apoio: CESGO - Centro de Estudos do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia/HCPA

Imagens da capa: www.pexels.com por Andrea Piacquadio, Ana Schvets, Christina Morillo, Dalila Dalprat, Edu Carvalho, Guilherme Almeida, Jonas Kakaroto, Jopwell, Kelvin Octa, Ketut Subiyanto, Luizmedeirosph, Mentatdgt, Picha Stock, Pixabay, Pragyán Bezbaruah, Radomir Jordanovic.

Uso de drogas lícitas e ilícitas na gestação: impacto para a saúde da gestante e do recém-nascido

*Alexsandro Mackenzie da Silva e Silva
Artur Fogliato Santana
Yasmin Santana de Almeida
Giovanna Sandi Maroso
Alberto Mantovani Abeche*

O uso de substâncias como o álcool, o tabaco, a maconha e o crack traz riscos à saúde da gestante e do feto e, portanto, precisa fazer parte das preocupações dos profissionais da saúde. Nesse momento, o assunto merece atenção especial, pois certas drogas passam a ser mais potencializadas e difundidas, como a maconha, mais bem toleradas, como o cigarro eletrônico, ou enquadradas como grandes problemas de saúde pública, como o crack.

Além disso, as complicações recorrentes do uso dessas drogas pressionam os sistemas de saúde e aumentam o dispêndio de recursos. Nos Estados Unidos, por exemplo, o gasto com intercorrências obstétricas relacionadas ao fumo alcança a cifra de 135 a 167 milhões de dólares por ano.

Por isso, os profissionais da saúde devem ser capazes de identificar, acompanhar e orientar pacientes usuárias grávidas ou que pretendam engravidar. Para tanto, existem diferentes abordagens comportamentais e farmacológicas. Em nossa revisão, elegemos para análise o uso de álcool, tabaco, maconha e crack durante a gestação, devido à alta prevalência do uso dessas drogas durante a gestação em relação às outras lícitas e ilícitas.

Objetivo

Esta monografia tem por objetivo realizar uma revisão da literatura acerca do tema “uso de drogas lícitas e ilícitas na gestação”, com ênfase para o uso de álcool, tabaco, maconha e crack, abordando

a epidemiologia, a farmacologia, as repercussões do uso de cada droga sobre a gravidez e a importância de medidas preventivas e assistenciais durante a gestação, o puerpério e a lactação.

Método

Realizou-se busca nas bases eletrônicas: PubMed, Scielo, e Science Direct, de artigos, guidelines e outras publicações referentes ao tema da monografia. Determinou-se como idiomas português e inglês. Os termos usados para conduzir a busca, em português foram: drogas ilícitas, crack, gestação, parto, puerpério, tabaco, cannabis, marijuana; e em inglês: *drugs, prevalence, alcohol, fetal alcohol spectrum disorders, fetal alcohol syndrome, crack, pregnancy, delivery, puerperium, smoking, pregnancy, infant outcomes* e *perinatal*. A escolha dos artigos baseou-se no grau de evidência científica e aproximação com o tema da pesquisa. Não foi estabelecido limite de ano de publicações, desde que mantido um alto nível de evidência e em acordo com os consensos da sociedade científica. Ademais, buscou-se informações adicionais em publicações, textos e protocolos disponibilizados pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, Ministério da Saúde, e Centers for Disease Control and Prevention - CDC.

Revisão da literatura

ÁLCOOL

Epidemiologia

O consumo de álcool durante a gravidez é um problema mundial em saúde pública, os dados epidemiológicos indicam que o consumo de álcool na gravidez é comum em muitos países (21, 27). Mundialmente, estima-se a prevalência de 9,8% de consumo de álcool por grávidas, enquanto que a prevalência de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) é estimada em 14,6%; isso significa que de 67 grávidas que consomem álcool, um recém-nascido é portador de SAF (21). Em representação de escala populacional, a proporção numérica de 1:67 de SAF/gestantes que consomem álcool, tem-se que 190.000 recém-nascidos são portadores de SAF, anualmente em todo o mundo. A população de portadores de SAF, pouco menos de 200 mil indivíduos nascidos anualmente,

por si é um incontestável indicativo que o consumo de álcool por grávidas seja um problema em saúde pública a nível mundial.

Deve-se levar em consideração, entretanto que o registro exclusivo de portadores com SAF não fornece um cenário completo e fidedigno da problemática, pois o consumo de álcool na gravidez, se não resultar em SAF, resulta em outras implicações e agravos à saúde do feto e do recém-nascido compreendidas em Desordens de Espectro Alcoólico Fetal (DEAF). Para fins de compreensão íntegra da problemática na gravidez, considera-se todas as suas consequências do consumo de álcool, somando-se SAF e DEAF. Isso implica em uma projeção muito mais expressiva que apenas 200 mil recém-nascidos anualmente acometidos por agravos à saúde em detrimento do consumo de álcool na gravidez (21).

No Brasil, a estimativa da prevalência da SAF está no intervalo de 0,5 a 2 para 1000 recém-nascidos, anualmente. Entretanto, desconsiderar as implicações do consumo de álcool e não reconhecer as DEAF, limitaria a definição ampla do problema no país. Somente no Brasil, estima-se que as DEAF acometam entre 1.900.000 a 9.500.000 de recém-nascidos. É possível ter uma ideia do significativo percentual de mulheres grávidas que consomem álcool no Brasil, pelo valor indireto da prevalência estimada de SAF de 0,5 a 2/1000 nascidos, admitindo-se que a causa direta de SAF é a exposição ao álcool na gravidez (27).

Farmacologia e repercussões do uso do Álcool sobre a gravidez

A exposição ao álcool na gravidez possui relação reconhecida direta com anomalias craniofaciais e outras malformações congênitas, restrição de crescimento, desordens neurológicas, comprometimento cognitivo. A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) e as Desordens de Espectro Alcoólico Fetal (DEAF) são representações clínicas da exposição ao álcool (13, 37). Deve-se notar que a presença de comorbidades pode acompanhar ou decorrer destas entidades também, visto que os efeitos do álcool no feto são permanentes, as comorbidades, além de se relacionarem com a SAF e DEAF, interagem estabelecendo condições ainda mais complexas e desfavoráveis que comprometem o desenvolvimento do feto e recém-nascido (22).

Reconhece-se 428 condições comórbidas às DEAF, descritas no CID, 10ª Ed. Além das malformações congênitas que se manifestam em anormalidades anatômicas, há condições relacionadas a transtornos mentais e do comportamento, deficiência cognitiva e retardo neurológico, devido ao dano nas funções e estruturas de natureza específica do sistema nervoso periférico em seu segmento funcional, respectivos aos sentidos especiais, da conduta, bem como os relacionados à linguagem expressiva (13, 31).

Álcool como fator de risco: ambiental e social

Deve-se considerar que o consumo de álcool por grávidas, além de ser um determinante para a SAF e DEAF, também se configura como fator de risco ambiental e social à saúde da grávida, do feto e/ou recém-nascido. Como observado no estudo de Stromland *et al.* (31), o consumo de álcool está relacionado com negligência parental, abuso infantil no pós-natal e inclusive com o abandono voluntário ou intercedido por agentes institucionais, visando a proteção da criança por incapacidade parental (da mãe). O consumo de álcool na gravidez, além de ser o agente direto de causa da SAF, DEAF e outras comorbidades, pode-se apresentar como um agravante a esses acometimentos, durante o pré-natal, com negligência da grávida no acompanhamento médico-obstétrico, por exemplo, ou mesmo no pós-natal, em detrimento da incapacidade materna em prestar assistência ao recém-nascido portador de SAF ou DEAF. Portanto, o consumo de álcool por grávidas assume caráter de atenção interdisciplinar em saúde da mulher, é um fator de risco ambiental e social, com implicações de medidas para identificação, registro, monitoramento, intervenção e acompanhamento (39).

O consumo de álcool na gravidez, extrapola, no entanto, somente a classificação como um "fator de risco", no segmento social. O consumo de álcool na gravidez pode, de fato, ser considerado como um dos contribuintes das complicações de comportamento e insultos violentos no convívio social dos portadores de SAF e DEAF. O cérebro em desenvolvimento é um dos órgãos mais vulneráveis à exposição ao álcool. Nesse contexto, de vulnerabilidade, assume-se um fenótipo comportamental na exposição pré-natal ao álcool em transtornos de conduta e danos permanentes, bem como efeitos adversos e disfuncionais de comportamento e em habilidades sociais. Momino *et al.* (20) verificaram em estudo a presença de

riscos ambientais e comportamento antissocial em adolescentes com sinais das DEAF, bem como os indicadores sociais de violência familiar e doméstica, fatores relacionados com o consumo de álcool durante o pré-natal e constatou-se que o comportamento criminoso está relacionado à exposição pré-natal ao álcool nas complexas interações entre fatores ambientais e sociais. O comportamento criminoso pode estar associado a outras alterações cognitivas e comportamentais, por exemplo, na relação da exposição ao álcool na gravidez e a impulsividade. Furtado e Roriz (13) constataram, por parâmetros neuropsicológicos, que a exposição ao álcool no pré-natal se relaciona com comportamento impulsivo, além de causarem: fluência verbal, memória visuoespacial e processamento executivo inferiores, quando comparados à não exposição.

TABACO

Epidemiologia

A prevalência de tabagismo varia conforme os países e regiões. Em Porto Alegre, por exemplo, 14,7% das mulheres gestantes são fumantes, contra 3,6% em Manaus (35). Já na cidade Rio Grande a prevalência de tabagismo em gestantes chegou à casa de 23% (15).

Farmacologia e repercussões do uso do Tabaco sobre a gravidez

As substâncias tóxicas do cigarro, como a nicotina e o monóxido de carbono atravessam a barreira placentária, alterando tanto a oxigenação e metabolismo placentários quanto o desenvolvimento do próprio feto (19). A nicotina, por exemplo, induz o aumento de catecolaminas na circulação materna, o que, por sua vez, aumenta a frequência cardíaca, estimula a vasoconstrição periférica e reduz o fluxo sanguíneo placentário. Como efeito, o feto passa a receber um aporte menor de oxigênio e nutrientes. O monóxido de carbono intensifica ainda mais esse quadro, já que se combina à hemoglobina da mãe e do feto, produzindo hipóxia.

Por isso, o uso de cigarro ao longo da gravidez predispõe tanto a mãe quanto o bebê a diversas complicações. Dentre elas, a redução do tamanho e do peso do recém-nascido são as mais

comuns (28). Recém-nascidos de mães que são fumantes pesam cerca de 250 g a menos do que recém-nascidos de mães não-fumantes (1). No mesmo sentido, com a ultrassonografia, percebeu-se uma redução pronunciada do crescimento do feto ao longo do segundo e do terceiro semestre de gestação. A dimensão dessas complicações parece ligada à quantidade de tabaco que a gestante utiliza, ou à qual ela está exposta nos ambientes de trabalho, em casa e no convívio social. Gestantes fumantes passivas possuem 20% mais de chance de dar à luz recém-nascidos com peso reduzido (16). Além disso, o uso de cigarro ao longo da gestação pode causar gravidez ectópica, aborto, sangramento, ruptura de placenta, complicações no trabalho de parto, filho natimorto e morte perinatal (24).

Em relação ao aleitamento materno, mães fumantes têm maior chance de produzir menos leite, ou seja, enfrentam maior dificuldade em amamentar. As consequências da exposição ao cigarro, no entanto, se estendem para além da gestação. Filhos de mulheres que fumam 15 ou mais cigarros por dia têm o dobro de chance de necessitar de hospitalização (17). Contudo, isso não ocorre apenas devido a complicações respiratórias, como poderia parecer, mas também ao surgimento de doenças gastrointestinais e cutâneas decorrentes da exposição à fumaça do cigarro na infância.

MACONHA

Epidemiologia

Conforme diversos países afrouxam as restrições ao uso medicinal e recreativo da maconha, preocupações a respeito dos riscos desse uso têm sido levantadas. Entre mulheres não-grávidas, a prevalência do uso da cannabis subiu de 6,29% em 2002 a 9,27% em 2014. Acompanhando essa tendência, o número de gestantes que utilizam maconha avançou de 2,37% em 2002 para 3,84% em 2014 nos EUA (14).

Farmacologia e repercussões do uso da Maconha sobre a gravidez

O uso de maconha se associa à sensação de euforia, diminuição da ansiedade e relaxamento, embora possa desencadear taquicardia, congestão e síndrome do pânico. Há

poucas informações consistentes a respeito do seu impacto na gestação, mas algumas relações foram estabelecidas. Durante a embriogênese, por exemplo, os canabinoides conseguem atravessar a barreira placentária com facilidade (26). Na corrente sanguínea do feto, essas substâncias interferem com receptores próprios, que estão ligados ao desenvolvimento do sistema nervoso. A ativação da sinalização endocanabinoide pode levar a defeitos de condução nervosa e predispor a criança a certas patologias. Assim, alguns estudos já sugerem que o uso de maconha por gestantes é capaz de aumentar o risco para o desenvolvimento de autismo, problemas no aprendizado e memória, tremores, déficit de atenção e impulsividade (11). Contudo, não há informação disponível quanto ao impacto dessas condições a longo prazo.

Além disso, durante o período perinatal, o uso de maconha não parece se associar a um aumento de morbidade e mortalidade (32). O perímetro cefálico e o tamanho do bebê também não parecem sofrer alterações pelo uso da droga. Ainda assim, há evidência que a maconha predisponha à redução do peso do recém-nascido. Esse efeito é mais pronunciado caso a gestante utilize maconha e tabaco concomitantemente, sendo, inclusive, maior que quando a paciente faz uso exclusivo de cigarro.

O uso da maconha pode contribuir para a síndrome da hiperêmese por canabinoide, que consiste em episódios intensos de náusea, vômitos e dor abdominal durante a gestação. Ela costuma acometer gestantes que fazem uso crônico e intenso da droga e costuma aliviar após banhos em água quente (5).

CRACK

Epidemiologia

Conforme a pesquisa nacional sobre o uso do crack, no Brasil, dentre os usuários de crack e/ou similares, 21,32% são do sexo feminino e a idade média dessas mulheres foi de 29,60 anos. Ao avaliar detalhadamente a faixa etária das usuárias de crack, observou-se um consumo maior da droga em mulheres com idade fértil, dados que estão em concordância com estudos que mostram que nos últimos 25 anos tem aumentado o uso desta droga entre mulheres em idade reprodutiva. Dentre essas usuárias de crack da

pesquisa, 64,59% referiu pelo menos uma gravidez após iniciado o uso de crack e/ou similares e destas, cerca da metade das usuárias apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o nascimento ou que resultou em um feto natimorto (3).

Farmacologia e repercussões do uso do Crack sobre a gravidez

O crack é uma droga derivada das folhas da *Erythroxylon coca* sintetizada em forma sólida e comumente utilizada por via inalatória através de cachimbos caseiros, assim alcançando rapidamente o cérebro em cerca de 10 a 15 segundos (8). Sua principal ação é a estimulação do sistema nervoso central (SNC), prolongando a ativação do sistema nervoso simpático por inibir a recaptação e impedir a degradação na fenda sináptica de neurotransmissores excitatórios como dopamina e norepinefrina (6).

O período de tempo entre a administração, atuação no SNC e, conseqüente, surgimento dos efeitos torna o crack uma droga "atraente" para o usuário (8). Entretanto, as sensações buscadas de extremo prazer também duram pouco, em torno de 5 minutos, após seu consumo levando a disforia, delírio, alucinações e "fissura" (craving). A "fissura" é definida como uma vontade irresistível do uso repetidamente, sendo mais intensa, no caso do Crack, em função da curta duração do sentimento de prazer e euforia (36). Com o tempo, o uso crônico leva a tolerância, sendo necessárias doses maiores para atingir o efeito desejado.

O aumento dos níveis de norepinefrina, que possui efeito vasoconstritor, pode provocar hipertensão arterial que, associada ao reforço da contratilidade uterina, predispõe ao descolamento prematuro da placenta (DPP) (25). Outras complicações gestacionais decorrentes do uso dessa substância são a alta taxa de aborto, ruptura uterina, discinesias e trabalho de parto prematuro, que pode ser explicado pelo aumento da concentração de ocitocina provocada pela droga, induzindo, assim, à atividade uterina. Isso está associado às altas taxas de parto pré-termo observados em gestantes usuárias de crack (23). Ademais, questões como isquemia cerebral e infarto podem ocorrer, gerando risco à vida da gestante.

Os efeitos negativos do crack também afetam o feto já que os metabólitos transpõem a barreira placentária, agindo diretamente sobre os vasos sanguíneos fetais e ocasionando vasoconstrição. Isso pode resultar em redução do fluxo sanguíneo uteroplacentário, aumentando o risco de hipoxemia, acidose fetal e redução da passagem de nutrientes essenciais para o desenvolvimento e crescimento fetal (40, 4).

Evidências recentes apontam o baixo peso ao nascer como a principal complicação envolvendo o consumo da droga durante a gestação. Prejuízos nas funções cognitivas do recém-nascido também foram descritas em estudos, porém foram mais evidentes entre gestantes com abuso de múltiplas substâncias, não apenas o crack (4). Estes prejuízos não dependem somente do uso da droga, mas também da gravidade do consumo, período gestacional de maior uso, ausência de cuidados durante a gravidez e, como citado anteriormente, uso associado a outras drogas.

Embora não sejam frequentes, já foram relatadas malformações relacionadas ao crack em neonatos de mães usuárias dessa droga como anomalias no trato geniturinário, deformidades distais, defeitos cardiovasculares, diminuição do perímetro cefálico e defeitos no tubo neural. A exposição fetal à droga também está associada a deficiências auditivas, tremores, reação exagerada aos estímulos ambientais, hiperatividade e inquietação (36). Em casos mais graves, pode levar à morte súbita do recém-nascido.

O diagnóstico diferencial é essencial em casos de gestantes que se apresentam com uma combinação de sintomas como hipertensão, proteinúria e convulsões e utilizam esta droga, pois podem ser confundidos com eclâmpsia - uma complicação gestacional grave (25). Além disso, sintomas comuns do uso do crack também podem ser semelhantes aos efeitos produzidos pelo abuso de outras substâncias como álcool, tabaco e maconha. Por isso, muitas vezes, é difícil o reconhecimento dessas pacientes, especialmente aquelas que negam ou omitem a utilização da droga.

Doses tóxicas mínimas e letais ainda não foram determinadas e são diferentes entre os estudos (36). Desse modo, recomenda-se a não utilização da droga independentemente do período gestacional. Segundo estudos, o uso no primeiro trimestre de gestação está associado a maiores taxas de abortamento espontâneo (25).

Estratégias de prevenção e assistência

A gestação em usuárias de drogas ilícitas e lícitas (como tabaco e bebidas alcoólicas) pode ser considerada de alto-risco e obedece aos preceitos do Ministério da Saúde, que instituiu as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco. Em vista disso, a abordagem sobre o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, deve fazer parte da rotina de pré-natal, na qual se recomenda, como estratégia, iniciar os questionamentos por drogas de menor ilicitude, ou seja, tabaco e álcool, a seguir sobre a utilização da maconha e finalizar com, por exemplo, o crack. É essencial uma descrição da história pregressa e atual do consumo, incluindo quantidade, frequência, via de administração, tempo de uso e o momento da última utilização (6). Em caso de tentativas anteriores de descontinuação do uso, deve-se questionar o maior período de abstinência e quais foram os fatores que facilitaram ou dificultaram a sua ocorrência. A partir desse relato do uso podem ser realizados testes toxicológicos de urina, com o consentimento da paciente, para avaliar o consumo (6). De modo geral, uma entrevista médica livre de pré-julgamentos e isenta de confronto é o procedimento que permite o rastreio de uma proporção maior de gestantes usuárias de drogas (30, 18).

O profissional de saúde diante de uma gestante usuária de droga deve verificar se a situação pode ser tratada ambulatorialmente ou necessita de uma hospitalização. No atendimento ambulatorial, o acompanhamento deve ser sistemático e periódico. Nas consultas, é necessário verificar o ganho de peso e curva da altura uterina; avaliar o risco de parto pré-termo; analisar o cumprimento do calendário de consultas; abordar a suspensão do uso de drogas; discutir sobre condições do nascimento e conscientizar sobre a responsabilidade materna frente aos cuidados com o bebê e puerpério (29). Além disso, o rastreamento de infecções sexualmente transmissíveis e a identificação de anemia e outras carências nutricionais por meio do hemograma são medidas importantes. Destaca-se que a assistência não deve se restringir apenas à gestação e ao trabalho de parto. É necessária a certificação de que após a alta hospitalar haverá um seguimento da mãe, do recém-nascido em serviços especializados no tratamento de usuárias de drogas (38).

A terapêutica preferível em relação ao abuso de drogas lícitas e ilícitas durante a gestação deve ser a redução de danos à gestante e ao feto por meio do encorajamento à abstinência (30). Um estudo norte-americano demonstrou que a abstinência foi motivada pela gravidez em 28% das usuárias no primeiro trimestre e 93% no terceiro trimestre. Um ano após o parto, a abstinência persistiu em 24% das pacientes. Esses dados corroboram a ideia que a própria gestação pode ser um fator positivo determinante e motivacional para interrupção temporária ou definitiva do uso das drogas (12). Todavia, a participação de uma rede primária de apoio, como a família, que participe ativamente do monitoramento dessa gestante e da sua adesão ao tratamento é de suma importância para manutenção da abstinência (34).

Estratégias e medidas preventivas quanto ao risco para consumo de álcool na gravidez devem ser consideradas mesmo antes da gravidez, em ocasião de assistência à mulher em saúde, de modo amplo, a todas as mulheres em idade reprodutiva, ou seja, a todas as mulheres que possam engravidar, não exclusivamente às mulheres já grávidas (9, 39). A abordagem sobre o risco para consumo de álcool na gravidez realizada a todas as mulheres em idade reprodutiva visa direcionamento populacional abrangente e específico de medidas preventivas, como aconselhamento e intervenção imediata, respectivos ao risco, para evitar, minimizar e monitorar ao máximo os efeitos adversos do álcool na gravidez para a mulher, o feto e/ou o recém-nascido. Entende-se que os problemas em potencial, relacionados à exposição ao álcool, quando não identificados, antecipadamente, agravam-se em sua relação com outros indicadores de natureza ambiental e social de comprometimento e agravo à saúde da mulher. Prover e assegurar o propósito assistencial dessa abordagem é garantir que se possa cumprir, pelo médico e equipe, a identificação para risco ou consumo de álcool e subsequentemente, a estratificação de risco para intervenção respectiva e eficaz (9). Ressalta-se que é sempre prioritário, conduzir a abordagem e admitir a conduta de desencorajar o consumo de álcool às mulheres que possam engravidar ou que estejam grávidas. Objetiva-se além de identificar risco para consumo de álcool, incentivar a abstenção de álcool na gravidez.

Não há evidências que sustentem ou definem quantidade limite para consumo de álcool, seguro ao feto, sequer em níveis baixos na gravidez. No entanto, tem-se por evidência que o consumo de álcool na gravidez causa dano ao feto. Admite-se, logo, instrução médica, prudente, de abstinência absoluta ao álcool por mulheres que possam engravidar ou grávidas. Realizar a triagem de consumo de álcool e outras observações e condições clínicas da gestante, possibilita a estratificação de risco e melhor tomada de decisões relacionadas à assistência em saúde preventiva. Ademais, sugere-se a adoção da triagem de risco para consumo de álcool no atendimento e cuidados do pré-natal de gestantes, dada a expressiva contribuição que ela fornece em prevenção e medidas que excluem ou atenuam as consequências da exposição ao álcool na gravidez (39). De acordo com Wright *et al.* (39), as estratégias e medidas preventivas são aplicadas respectivamente aos graus de risco relativos ao consumo de álcool na gravidez, dispondo-se em: baixo risco, a mulher recebe orientação sobre as consequências do consumo de substância de abuso e drogas ilícitas; risco moderado, aconselhamento com artifícios motivacionais, como medida de intervenção; e alto risco, encaminhamento para um centro de assistência especializado em substância de abuso e drogas ilícitas. Ocasionalmente, a abordagem sobre questões relacionadas ao álcool pode ser desafiadora, especialmente quando a paciente não entender que a abordagem constitui o cuidado, a paciente pode não se sentir confortável em relatar o risco para consumo ou em admitir o consumo de álcool por questões particulares, pode até omitir o risco para consumo ou o próprio consumo de álcool por constrangimento, descomprometimento, razões culturais e até mesmo, intimidação por factíveis penalizações pelo consumo de álcool. Assim é essencial que o médico contribua para um ambiente seguro, confortável e favorável ao relato da paciente (9).

Sobre o tabaco, dada a insuficiência de evidências quanto à segurança e à eficácia da farmacoterapia para cessação do tabagismo durante a gravidez, recomenda-se que as gestantes cessem o tabagismo apenas com medidas não-farmacológicas, ou previamente, na etapa de aconselhamento pré-concepção. A cessação do hábito de fumar traz benefícios em todos os momentos da gravidez e, especialmente, quando a abstinência

começa cedo (33). Nesse sentido, os esforços dos médicos devem se dar no sentido de expor os riscos e mudar o comportamento em relação ao vício a partir do aconselhamento.

Toda mulher em fase fértil pensando em engravidar deve ser aconselhada a não fumar (16). Medidas farmacológicas como o uso de bupropiona e a terapia de reposição de nicotina não devem ser recomendadas. Cerca de 21% das gestantes que fumavam antes da gravidez conseguiram interromper o hábito antes do parto. Contudo, um número considerável dessas mulheres retorna ao tabagismo após o parto ou a amamentação.

Em relação ao uso de maconha por gestantes, o FDA se opõe ao uso de medicamentos que contenham canabidiol e THC, bem como recomenda evitar-se o uso recreativo durante a gestação e a amamentação. Em todos os casos, os riscos associados ao consumo dessa substância tanto na gravidez quanto no período perinatal devem ser comentados pelo médico. A gestante deve ser aconselhada a deixar o hábito inclusive antes da concepção. Mulheres que já tenham deixado de fumar maconha devem ser aconselhadas a permanecerem assim. A falta de estudos contundentes a respeito dos riscos do uso da maconha também deve ser mencionada. Além disso, a gestante precisa estar ciente de possíveis providências legais que podem ser tomadas em casos onde o abuso de drogas ponha a vida do recém-nascido em risco.

As gestantes e puérperas usuárias de crack são muito discriminadas, frequentemente levando a isolamento social. Isso predispõe à negação do vício, não buscando, assim, assistência pré-natal ou acessando tardiamente esse serviço. Portanto, é essencial o acolhimento dessas gestantes com uma postura humanizada, enfatizando os benefícios da abstinência para gestante e para o feto. Embora sejam inquestionáveis os benefícios da amamentação para o recém-nascido, a amamentação é contraindicada caso a mãe mantenha o consumo da droga após o parto.

Conclusão

A alta prevalência e a variedade de possíveis danos maternos e fetais associados ao abuso de drogas lícitas (como álcool e tabaco) e ilícitas como maconha e crack durante a gestação inserem esta

temática como uma relevante questão de saúde pública, enfatizando a necessidade do fortalecimento de medidas preventivas e assistenciais com o intuito de atenuar essa preocupante realidade. Sendo assim, a atenção à paciente usuária de drogas durante a gestação deve ser feita de forma acolhedora e individualizada, respeitando seus princípios éticos, morais, culturais e as individualidades próprias, ou seja, considerando que cada gestante tem maneiras únicas de lidar com a questão do abuso de drogas. Desse modo, a abordagem diligente, mas livre de julgamentos à paciente, é essencial para um atendimento adequado e uma aderência maior ao tratamento. Cabe salientar que, infelizmente, algumas gestantes usuárias de drogas podem chegar ao atendimento tardiamente, ou seja, quando o abuso de drogas já gerou consequências à sua saúde e do feto. O abuso de substâncias tanto lícitas quanto ilícitas na gravidez pode levar a uma série de efeitos deletérios na mãe e no feto. Tais efeitos variam conforme a droga e tempo de uso ou exposição.

Não é possível, pelas evidências disponíveis, estabelecer-se uma quantidade de álcool segura que poderia ser consumida durante a gravidez. Os efeitos adversos do álcool e comorbidades associadas à saúde da mulher, feto e recém-nascido, e suas atribuições como risco ambiental e social, constituem um problema importante epidemiologicamente, em nível nacional e mundial. Há necessidade de adesão às estratégias preventivas e medidas de assistência, bem como de programas de saúde pública que continuamente monitorem os resultados destas estratégias. O fumo durante a gestação traz inúmeros riscos tanto para o feto quanto para a gestante. Para evitá-los, o médico dispõe de um conjunto de abordagens não-farmacológicas, como aconselhamento, encaminhamento para um serviço de atendimento psicológico e o diálogo aberto sobre os riscos do uso. Terapias farmacológicas, em contraste, devem ser usadas com precaução, considerando o risco extra que oferecem à gravidez. Embora faltem ainda evidências científicas mais abrangentes sobre os riscos do uso da maconha ao longo da gestação, já foram descritas relações entre esse uso e problemas no desenvolvimento do sistema nervoso e a maiores chances de o recém-nascido desenvolver autismo e TDAH. Assim, o uso da maconha deve ser evitado desde antes da gravidez. Em relação ao uso de crack durante a gestação, para a gestante aumenta o risco

de descolamento prematuro da placenta, redução da oxigenação uterina, trabalho de parto prematuro e aborto espontâneo, entre outras complicações. Ao atuar diretamente sobre o feto, a droga pode prejudicar seu crescimento, peso e perímetro cefálico, além disso, há risco de malformação congênita, déficits cognitivos e maior risco de morte súbita.

Por conseguinte, a fim de evitar as complicações decorrentes do uso dessas drogas, idealmente, o atendimento à gestante deve ser multidisciplinar e durante o pré-natal desde o seu início, com enfoque especialmente em estratégias de prevenção e assistência global da paciente. Estes cuidados devem persistir após o parto. O aleitamento materno deve ser incentivado pelo profissional de saúde em casos de gestantes que cessaram o uso da droga e tem o propósito de continuar em abstinência, haja vista que, segundo estudos, é um processo fundamental para o crescimento e desenvolvimento adequado do recém-nascido. Ademais, a adesão à abstinência do uso da droga também é importante para o fortalecimento da relação afetiva entre mãe e filho e para a redução de mortalidade por várias causas nos primeiros meses de vida do bebê.

Referências

1. Abraham M, Alramadhan S, Iniguez C, Duijts L, Jaddoe VW, Den Dekker HT, Crozier S, Godfrey KM, Hindmarsh P, Vik T, Jacobsen GW, Hanke W, Sobala W, Devereux G, Turner S. A systematic review of maternal smoking during pregnancy and fetal measurements with meta-analysis. *PLoS One*. 2017 Feb 23;12(2).
2. Baldwin AE, Hayes N, Ostrander E, Magri R, Sass N, Dos Anjos Mesquita M, Martínez M, Juliani MC, Cabral P, Fleming M. Phosphatidylethanol Levels in Postpartum Women and Their Newborns in Uruguay and Brazil. *Alcohol Clin Exp Res*. 2020 Jun;44(6):1292-1299.
3. Bastos FI, Bertoli N. Pesquisa Nacional sobre o uso de Crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?. [livro online]. Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014. [acesso em 25 jan 2021]. Disponível em <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/10019/2/UsoDeCrack.pdf>.
4. Baurer CR, Shankaran S, Bada H, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H. et al. The Maternal Lifestyle Study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *American Journal Obstetrics Gynecology*. 2002; 186(3): 487-495.
5. Benedito R. da Silva. Alicerces e adversidades das ciências da saúde no Brasil 2 [recurso eletrônico] Ponta Grossa, PR: Atena Editora, 2019.

6. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Tratamento da dependência de crack, álcool e outras drogas: aperfeiçoamento para profissionais de saúde e assistência social. [livro online]. Brasília: SENAD; 2012. [acesso em 25 jan 2021]. Disponível em <http://acolhimentoemrede.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Livro-Capacita%C3%A7%C3%A3o-SU-SUAS.pdf>
7. Brasil Ministério da Saúde (2007) Decreto n 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 maio 2007, Seção 1.
8. Carlini EA, Nappo AS, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. Revista IMESC. 2001; n.3; 9-35.
9. Carson G, Cox LV, Crane J, Croteau P, Graves L, Kluka S, Koren G, Martel MJ, Midmer D, Nulman I, Poole N, Senikas V, Wood R. No. 245- Alcohol Use and Pregnancy Consensus Clinical Guidelines. J Obstet Gynaecol Can. 2017 Sep;39(9):e220-e254.
10. CDC (2018) Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASD)—Training & Education. Available at <https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/training.html>. Acesso em 20 de fevereiro de 2021.
11. Corsi, DJ., Donelle J., Sucha E. et al. Maternal cannabis use in pregnancy and child neurodevelopmental outcomes. Nat Med 26, 1536–1540 (2020).
12. Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. Journal Obstetrics and Gynecology. 2003 Feb; 101(2): 374-379.
13. Furtado EF, Roriz ST. Inattention and impulsivity associated with prenatal alcohol exposure in a prospective cohort study with 11-years-old Brazilian children. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2016; 25:1327–1335.
14. Hanan El Marroun, Qiana L. Brown, Ingunn Olea Lund, Victoria H. Coleman-Cowger, Amy M. Loree, Devika Chawla, Yukiko Washio, An epidemiological, developmental and clinical overview of cannabis use during pregnancy, Preventive Medicine, Volume 116, 2018.
15. Heryl A. Ryan, Seth D. Ammerman, Mary E. O'Connor, COMMITTEE ON SUBSTANCE USE AND PREVENTION, SECTION ON BREASTFEEDING Pediatrics Sep 2018, 142 (3).
16. Jakab Z. (2010), Smoking and pregnancy. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 89: 416-417. 3
17. Kirsten Wisborg, Tine Brink Henriksen, Carsten Obel, Elisabet Skajaa and John R. Østergaard Pediatrics October 1999, 104 (4) e46.
18. Kuczowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. Current Opinion in Obstetrics Gynecology. 2007 Dec; 19(6):578-585.
19. Mello Paulo Roberto Bezerra de; Pinto, Gilberto Rodrigues and Botelho, Clovis. Influência do tabagismo na fertilidade, gestação e lactação. J.

- Pediatr. (Rio J.) [online]. 2001, vol.77, n.4 [cited 2021-02-18], pp.257-264
20. Momino W, Felix TM, Abeche AM, Zandona DI, Scheibler GG, Chambers C, Jones KL, Flores RZ, Schuler-Faccini L. Maternal drinking behavior and Fetal Alcohol Spectrum Disorders in adolescents with criminal behavior in southern Brazil. *GenetMol Biol.* 2012; 35:960–965.
21. Popova S, Lange S, Probst C, Gmel G, Rehm J. Estimation of national, regional and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2017; 5:290–299.
22. Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RAS, Bekmuradov D, Rehm J. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2016 Mar; 5;387(10022):978-987. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01345-8.
23. Prentice S. Substance misuse in pregnancy. *Journal Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine.* 2010 Sept; 20:278-283.
24. Rantakallio P. Relationship of maternal smoking to morbidity and mortality of the child up to the age of five. *Acta Paediatr Scand;* 67(5):621-31.
25. Rayburn WF. Maternal and fetal effects from substance use. *Journal Clinics in Perinatology.* 2007 Dec; 34(4):559-571.
26. Richardson KA., Hester, A. K. & McLemore GL. Prenatal cannabis exposure—the “first hit” to the endocannabinoid system. *Neurotoxicol. Teratol.* 58, 5–14 (2016).
27. Rocha AG, de Souza PRA, Wachholz GE, Fraga LR, Sanseverino MTV, Terra AP, da Silva AA, Vianna FSL, Abeche AM, Larrandaburu M, Del Campo M, Schuler-Faccini L. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Health Needs Assessment in Brazil. *Alcohol Clin Exp Res.* 2020 Mar;44(3):660-668.
28. Simpson WJ. A preliminary report on cigarette smoking and the incidence of prematurity. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1957; 73:808–815.
29. Sobral. Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social. Estratégia trevo de quatro folhas. Estratégia de redução da morbimortalidade materna e infantil com ênfase na mortalidade perinatal. Garantia do direito à maternidade, garantia do direito à vida. Sobral: Prefeitura Municipal de Sobral; 2011.
30. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Substance Use in Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline. *Journal Obstetrics Gynaecology Canada.* 2001; n.256: 367-384.
31. Stromland K, Ventura LO, Mirzaei L, Fontes de Oliveira K, Marcelino Bandim J, Parente Ivo A, Brandt C. Fetal alcohol spectrum disorders among children in a Brazilian orphanage. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol.* 2015; 103:178–185.
32. Sturrock S, Williams E, Ambulkar H, Dassios T, Greenough A. Maternal smoking and cannabis use during pregnancy and infant outcomes. *J Perinat Med.* 2020 Feb 25;48(2):168-172

33. Treating Tobacco use and Dependence Clinical Practice Guideline; Fiore et. al., 2008
34. Tuten M, Jones HE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Journal Drug Alcohol Dependence*. 2003 Jun; 70(3):327-330.
35. Vigitel Brasil 2013. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
36. White SM, Lambe CJT. The pathophysiology of cocaine abuse. *Journal of Clinical Forensic Medicine*. 2003 March; 10:27-39.
37. Wozniak JR, Riley EP, Charness ME. Clinical presentation, diagnosis, and management of fetal alcohol spectrum disorder. *Lancet Neurol*. 2019 Aug;18(8):760-770. Epub 2019 May 31.
38. Wright A, Walker J. Management of women who use drugs during pregnancy. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*. 2007 April; 12(2):114-118.
39. Wright TE, Terplan M, Ondersma SJ, Boyce C, Yonkers K, Chang G, Creanga AA. The role of screening, brief intervention, and referral to treatment in the perinatal period. *Am J Obstet Gynecol*. 2016 Nov;215(5):539-547. Epub 2016 Jul 1.
40. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. *Rev. Psiq. Clín*. 2008 Feb;35 (1):44-47.