

Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério

Cocaine/crack use and dependence in pregnancy, delivery and puerperium

Ana Paula Machado Botelho¹
Regina da Cunha Rocha²
Victor Hugo Melo³

Palavras-chave

Drogas ilícitas
Cocaína
Cocaína crack
Gravidez
Parto
Período pós-parto

Keywords

Street drugs
Cocaine
Crack cocaine
Pregnancy
Parturition
Postpartum period

Resumo

O uso de cocaína/crack entre gestantes está aumentando, o que traz riscos para a saúde da mulher e do recém-nascido. Uma estimativa exata da prevalência do uso destas drogas na gestação é difícil, dado o policonsumo e a superposição de fatores sociais. O crack é a forma de base livre da cocaína utilizado por via inalatória. Os principais efeitos da droga observados no corpo humano são: taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia, midríase, tensão muscular, contrações musculares, sudorese intensa, convulsões e até coma. Hemorragia intracraniana, acidentes vasculares encefálicos, isquemia mesentérica, insuficiência renal aguda e infartos renais são frequentes após uso abusivo da droga. A identificação do abuso de cocaína/crack por gestantes é um desafio, pois, além da negação, os sintomas podem ser confundidos com efeitos originados do abuso de outras substâncias ou a pré-eclâmpsia. As complicações maternas mais graves são descolamento prematuro da placenta, ruptura uterina, ruptura hepática, isquemia cerebral, infarto e morte. Em recém-nascidos expostos intraútero é observado baixo peso ao nascer, restrição no crescimento e risco de morte súbita. No atendimento ambulatorial às gestantes usuárias de drogas, o acompanhamento dos casos deve ser sistemático, periódico e multiprofissional, o que evidencia a necessidade de estruturação e fortalecimento da rede de atenção.

Abstract

The use of cocaine/crack between pregnant women is rising and increases risks for mother and newborn child's health. An exact number of these drugs users during pregnancy is hard to establish, because of many drugs used at the same time and the influence of social effects related. Crack represents the cocaine free base used by inhalation. The most common drug effects observed in the human body are: tachycardia, hypertension, tachypnea, hyperthermia, mydriasis, muscle tension, muscle contractions, intense sweating, seizures and even coma. Intracranial hemorrhage, stroke, mesenteric ischemia, acute renal failure and renal infarctions are common after drug abusing. Identifying the abuse of cocaine/crack during pregnancy is a challenge, because, beyond the denial, the symptoms can be confused with effects generated by the use of other drugs at the same time or preeclampsia. The most serious maternal complications are placenta previa, uterine rupture, ruptured liver, brain ischemia, infarction and death. Newborns exposed in utero present low birth weight, growth restriction and risk of sudden death. In women drug users attendance, case monitoring should be systematic, regular and multiprofessional, which highlights the need for structuring and strengthening health network.

¹Acadêmica de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

²Mestranda do Mestrado Profissional de Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

³Professor Associado da Faculdade de Medicina da UFMG – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Victor Hugo Melo – Rua Joanésia, 125, apto. 301 – CEP: 30240-030 – Belo Horizonte (MG), Brasil – E-mail: victormelo@terra.com.br

Introdução

O uso de drogas lícitas e ilícitas é um fenômeno prevalente em todo o mundo e está entre os 20 maiores fatores de risco para problemas de saúde identificados pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹ (D). Segundo o Relatório Mundial sobre Drogas e Crimes de 2012, produzido pelas Nações Unidas (*United Nations Office on Drugs and Crime* – UNODC), cerca de 230 milhões de pessoas, ou 5% da população adulta, fez uso de drogas ilícitas pelo menos uma vez em 2010. Em todo o mundo, isso parece se manter estável, apesar de estar aumentando em vários países em desenvolvimento² (D).

As drogas ilícitas mais utilizadas globalmente são a maconha (*Cannabis sativa*), com prevalência anual de uso entre 2,6 e 5,0% e os estimulantes de tipo anfetamínico (ETS), excluindo o ecstasy, que responde por 0,3 a 1,2% do uso. A prevalência de consumo de cocaína e opiáceos (ópio e heroína) permanece estável, entre 0,3 a 0,4% e 0,3 a 0,5%, respectivamente. O abuso/dependência de estimulantes de tipo ETS é mais comum na Ásia, enquanto os opiáceos são prevalentes na Ásia, Europa e também na África, América do Norte e Oceania. Já o uso de cocaína é relatado principalmente nas Américas, enquanto a *Cannabis* é a principal droga de demanda por tratamento na África² (D).

No Brasil, com exceção de álcool e tabaco, as drogas mais consumidas em 2005 foram: maconha (8,8%), solventes (6,1%), benzodiazepínicos (5,6%), orexígenos (4,1%) e estimulantes (3,2%)³ (D). Segundo o II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas, cerca de 23% da população entrevistada já fez uso de droga ilícita na vida⁴ (C).

A diversidade dos dados sobre uso e dependência de drogas aponta para a necessidade de reconhecimento dos diferentes tipos de usuários, os quais, por apresentarem características diversas, requerem múltiplos equipamentos de saúde que devem se complementar na busca da atenção integral⁵ (D). A identificação dos aspectos culturais, econômicos e sociais relacionados aos diversos usuários revela a magnitude da questão e evidencia o desafio de encontrar maneiras adequadas para se intervir nesta realidade, principalmente na formulação de políticas públicas orientadas para a promoção da saúde, prevenção e tratamento.

Apesar de diversos estudos epidemiológicos mostrarem maior prevalência de uso e abuso de drogas entre homens — exceto adolescentes, entre os quais é similar considerando ambos os sexos —, o consumo de drogas entre mulheres tem aumentado⁶ (D). Entre as consumidoras de drogas, 90% estão em idade fértil, entre 15 e 40 anos, e 30% o fazem desde antes de 20 anos^{7,8} (D).

A exata prevalência de uso de cocaína/crack na gestação é difícil de ser estimada, dado que as gestantes geralmente omitem

essa informação. O consumo concomitante de várias drogas e a superposição de diversos fatores socioeconômicos são variáveis importantes. A ausência de estudos epidemiológicos nacionais e internacionais abordando o uso e dependência na gestação limita a análise de seus efeitos sobre a mãe e o recém-nascido.

O objetivo deste estudo é apresentar e discutir o uso e/ou dependência de cocaína/crack durante a gestação, parto e puerpério imediato e suas consequências para a saúde da mulher e da criança.

Métodos

Este é um artigo de revisão sobre o uso de cocaína/crack no ciclo gravídico puerperal. Foi realizada busca nas bases de dados Bireme, PubMed, Scielo, UpToDate e Science Direct, com acesso por meio de mídia eletrônica. Para a busca dos artigos, *guidelines* ou outras publicações foram usados os seguintes descritores em português: drogas, cocaína, crack, gestação, parto, puerpério. Os descritores em inglês foram: *drugs, cocaine, crack, pregnancy, delivery, puerperium*. A pesquisa permitiu a análise dos efeitos e consequências do uso do crack; de seus efeitos e consequências durante a gestação, parto e puerpério imediato; dos métodos de identificação do uso do crack; e do cuidado na atenção primária às usuárias de crack no período da gestação, parto e puerpério. Buscou-se, em literatura atualizada, a definição da droga, seus mecanismos de ação, aspectos sociodemográficos das usuárias e efeitos nos diferentes sistemas orgânicos durante a gestação, parto e puerpério.

A busca das melhores evidências científicas disponíveis foi realizada entre as publicações ocorridas no período entre 2005 e 2012, as quais foram classificadas de acordo com o seu nível e grau de recomendação. A seleção inicial das publicações levou em conta seus títulos e resumos; quando relacionados ao assunto, buscou-se o texto completo. Foi dada prioridade aos artigos mais recentes, aos com maior nível de evidência, às revisões narrativas e aos consensos de sociedades médicas baseados em evidências. Foram encontradas 63 publicações referentes ao tema e, entre elas, selecionaram-se 33 para a presente revisão.

Cocaína/crack

A cocaína é uma substância natural, extraída das folhas de uma planta encontrada exclusivamente na América do Sul, a *Erythroxylon coca*, conhecida como coca ou “epadu” — nome indígena⁹ (D). O crack, também conhecido como “pedra”, é a forma de base livre da cocaína, obtido do cloridrato de cocaína ou da pasta de cocaína, produtos de extração da coca.

A cocaína tem sido usada há anos pelos andinos, que mascam folhas da coca para liberar o princípio ativo (benzoilmetilecgonino), com propriedades estimulantes do sistema nervoso central (SNC). Nas folhas da coca boliviana, o conteúdo de cocaína é de 0,5% e cai rapidamente após serem mastigadas. Por isto, a toxicidade entre os andinos é rara¹⁰ (D).

A cocaína foi o primeiro anestésico local utilizado, com potente ação vasoconstritora, e gera anestesia temporária e reversível. Porém, devido aos efeitos adversos sistêmicos e à descoberta de outros agentes anestésicos locais, como a lidocaína, seu uso foi abandonado.

Pode ser comercializada sob a forma de sal, também denominado cloridrato de cocaína, conhecido como “pó”, “farinha”, ou “neve”, solúvel em água e podendo ser aspirado ou dissolvido em água para uso intravenoso, ou sob a de base, o crack, pouco solúvel, mas que se volatiliza quando aquecido (ou fumado). Sob esta forma, a merla (mela, mel ou melado), é um produto sem refino e muito contaminado com as substâncias utilizadas na extração, que também é fumada⁹ (D).

Na produção de crack não há processo de purificação final. Ele é facilmente elaborado a partir do cloridrato de cocaína, sendo necessário dissolver o pó em água, adicionar um agente alcalino (hidróxido de sódio ou bicarbonato de sódio) e aquecê-lo, formando a “pedra”, colocada em cachimbos caseiros para ser fumada¹¹ (D). Sua composição é bastante variada, com uma quantidade imprecisa de cocaína, suficiente para produzir efeitos fortes e intensos. Além disso, para obter a produção final do crack podem ser misturadas à cocaína diversas substâncias tóxicas, como gasolina, querosene e até água de bateria⁹ (D).

O nome crack deriva do som produzido ao ser queimado o material no cachimbo, à temperatura aproximada de 95°C, quando sofre sublimação e os vapores produzidos são absorvidos pelos pulmões, alcançando rapidamente o cérebro. Em cerca de 10 a 15 segundos, ele alcança o SNC, produzindo seus efeitos mais rapidamente que pelas outras vias de utilização da cocaína (intravenosa e nasal). Esse tempo de início dos efeitos contrasta com outras vias, que, em média, levam 3 a 5 minutos (via endovenosa) ou de 10 a 15 minutos (via nasal)⁹ (D). O tempo curto entre a administração e o aparecimento dos efeitos faz do crack uma droga muito “atraente” para o usuário.

O usuário passa por diversas fases durante o consumo. A primeira é a da euforia cocaínica, caracterizada por sensações de prazer, como excitação, hipersexualidade, hipervigilância e instabilidade emocional. A segunda é a disforia, quando as sensações são de angústia, inapetência, insônia, indiferença sexual, apatia, tristeza, melancolia e agressividade. Já a terceira, a alucinógena, caracteriza-se por alucinações visuais, auditivas,

táteis, olfativas, agitação psicomotora e indiferença sexual. E a quarta e última fase é a psicose, na qual o usuário tem ilusões paranóides, mania de perseguição, insônia, depressão, tentativas de autoextermínio, alucinações e hipervigilância. A overdose é mais comum na fase inicial ou na fase posterior de depressão⁹ (D).

Doses tóxicas mínimas e doses letais ainda não foram determinadas e são bastante incertas. A grande maioria das mortes relacionadas à cocaína ocorre com o uso prolongado de altas doses, e suicídio é a causa de morte de cerca de 10% dos usuários¹⁰ (D).

Epidemiologia

A difusão mundial do crack está associada, desde a década de 1960, a vários fatores: aumento da produção e suprimento de cocaína, em decorrência de melhores técnicas de refinamento que culminaram com o declínio dos custos de produção; falta de algumas drogas no mercado por conta de ações repressivas; aumento no consumo global; e expansão de mercados associado à crença de que a cocaína é uma droga benigna e que não gera dependência. Contudo, o alto preço inicial da cocaína levou os usuários de drogas à descoberta de outras formas de uso com efeitos mais intensos, apesar da menor duração¹² (D). Desse cenário, no início de 1980, apareceram novas opções obtidas a partir da mistura de cloridrato de cocaína com ingredientes incertos e tóxicos. No Brasil, os dados indicam que o crack começou a se disseminar a partir de 1989, alastrando-se em duas décadas em diversos segmentos sociais¹² (D).

Estatísticas de 2010 demonstraram maior prevalência do uso de cocaína na América do Norte (1,6%), no Centro e Oeste da Europa (1,3%) e na Oceania (1,5 a 1,9%)² (D).

Pesquisas apontam para expansão do mercado de cocaína, especialmente do crack, em alguns países da América do Sul. A prevalência do consumo na América do Sul, América Central e Caribe permanece elevada (entre 0,5 e 0,7%). No Brasil, as apreensões federais da droga triplicaram desde 2004, chegando a 27 toneladas em 2010, o que pode refletir o papel do País como de passagem da cocaína contrabandeada via Oceano Atlântico² (D).

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), 22,8% da população pesquisada já fez uso de drogas ilícitas durante toda a sua vida. Em pesquisa semelhante, realizada em 2004 nos Estados Unidos da América, a porcentagem atingiu 45,4% e, no Chile, 17,1%. A prevalência de uso de cocaína, crack e merla no Brasil foi, respectivamente, 2,9, 0,7 e 0,2%¹² (D).

O relatório global da OMS de 2011 mostra que o abuso e/ou dependência de drogas lícitas e tabaco são os fatores associados à maior incidência de mortes no mundo. Observa-se relação direta do abuso da substância com diversos problemas

físicos, sociais e psicológicos, com efeitos diretos em grupos sociais, tais como absenteísmos, desemprego, violência familiar, negligência infantil e abuso, problemas com justiça criminal e danos causados por crimes e acidentes automobilísticos. Aproximadamente 1 em cada 100 mortes entre adultos é atribuída ao uso de drogas ilícitas² (D).

No Brasil, há predomínio de uso de crack entre jovens do sexo masculino, de baixa renda, e entre usuários de múltiplas drogas ou substâncias psicoativas¹² (D). Estudos demonstraram que a diferença entre os gêneros apresenta tendência de declínio. Apesar da escassez de informações, observa-se aumento do consumo entre mulheres. A verdadeira prevalência de drogas ilícitas na gestação é difícil de determinar, pois as gestantes geralmente omitem essa informação e outros fatores de risco se sobrepõem, tais como: uso concomitante de várias drogas, baixo nível socioeconômico, dificuldade de acesso aos serviços de saúde, atendimento pré-natal precário, baixa escolaridade materna e famílias grandes¹³ (D).

Mecanismos de ação, metabolização e excreção

A cocaína atua inibindo a recaptação pré-sináptica dos neurotransmissores excitatórios dopamina e norepinefrina, além de inibindo a ação da enzima monoamino-oxidase, que degrada tais substâncias na sinapse. Dessa forma, a concentração dos neurotransmissores na fenda sináptica permanece elevada, o que prolonga a ativação do sistema nervoso simpático, causando euforia, vasoconstrição, hipertensão, arritmias, hipertermia e midríase, entre outras manifestações orgânicas¹⁰ (D).

O abuso de cocaína promove níveis elevados e contínuos dos neurotransmissores no cérebro do usuário, provocando euforia em curto prazo e dependência em longo termo. Na overdose, esta droga atua como antimuscarínica, inibindo a motilidade gástrica e aumentando o risco de úlceras e perfuração do estômago¹⁰ (D).

Após administração, a cocaína rapidamente atinge altas concentrações na corrente sanguínea e em órgãos altamente vascularizados, como o cérebro. Cerca de 5% da droga é excretada inalterada na urina (detectável entre 3 e 6 horas após o uso), enquanto 85% é metabolizada por colinesterases plasmáticas e hepáticas. A atividade destas enzimas se encontra reduzida em crianças, idosos e gestantes¹⁰ (D).

Efeitos do crack

Uma vez fumado, o crack rapidamente atinge o cérebro. O resultado é a estimulação do SNC. Os efeitos iniciais compreendem intensa euforia (êxtase), ilusão de onipotência, ansiedade, estado de alerta e grande autoconfiança. Estas sensações de extremo prazer duram muito pouco, cerca de cinco minutos após o uso

da “pedra” do crack¹⁰ (D). O término dos efeitos é tipicamente acompanhado de disforia, compulsão, delírio, alucinações e “fissura” (*craving*) pela readministração da droga.

A “fissura” é definida como vontade irresistível do uso repetidamente. No caso do crack, em função do seu rápido efeito, é muito intensa. Nessa fase, o usuário pode se tornar agressivo e utilizar qualquer estratégia para comprar a droga: roubar, vender ou fazer favores sexuais a fim de obter dinheiro⁹ (D). É um período em que o usuário não se alimenta, não dorme e não tem cuidados básicos de higiene, perdendo o interesse por sua aparência física⁴ (C). O ciclo só é interrompido quando o suprimento de droga termina ou quando o usuário está completamente exaurido.

Com o passar do tempo, o uso constante determina o efeito de tolerância, sendo necessária maior dose para atingir o prazer desejado. Por outro lado, ansiedade, paranoia e depressão, além de disfunções sexuais, aumentam de intensidade e frequência com o uso crônico¹⁴ (D). A intensidade e o rápido início da euforia combinados com a forte compulsão de uso que se desenvolve fazem do crack uma droga com alto potencial de dependência.

Efeitos da via de uso

A aspiração nasal da cocaína, por meio da sua ação vasoconstritora, pode levar à necrose isquêmica das cartilagens nasais, perfuração do septo nasal e úlceras orofaríngeas. Os efeitos podem estar associados ao uso prolongado da droga. Já o consumo esporádico se associa à irritação química da mucosa, com rinite e rinorreia¹⁵ (D).

Com os efeitos anestésicos da cocaína sobre a mucosa orofaríngea, a inalação do crack permite exposição prolongada, causando inflamação aguda, necrose, epiglotite, laringotraqueobronquite e espasmo laríngeo. Os produtos voláteis usados na extração do crack podem acarretar queimadura das vias aéreas superiores, e as impurezas presentes podem levar a reações pulmonares como granulomatose e pneumoconiose, além de ruptura alveolar, pneumotórax e pneumomediastino¹⁰ (D).

A cocaína usada de forma endovenosa é menos comum e apresenta alta morbidade e mortalidade. Convulsões, infarto agudo do miocárdio, crise hipertensivas e hipertermia já foram descritos. Assim como outras drogas injetáveis, o consumo se associa a vasculites, endocardites, hepatite B e C, citomegalovirose, sífilis e infecção pelo HIV¹⁰ (D).

Efeitos do uso do crack e cocaína nos diferentes sistemas orgânicos

Os efeitos da cocaína no organismo humano podem ser divididos em: esperados, que são dose dependentes; e idiossincráticos¹⁰ (D). Os principais observados no corpo humano são:

taquicardia, hipertensão, taquipneia, hipertermia, midríase, tensão muscular, contrações musculares, sudorese intensa, convulsões e até coma. Além disso, também pode ocorrer parada cardiorrespiratória por fibrilação ventricular.

Sistema nervoso central

A ação da cocaína/crack no SNC pode ser dividida em efeitos vasculares, neurológicos e psicológicos. A superestimulação produz rápido incremento da pressão arterial e da frequência cardíaca, aumentando o risco de convulsão, acidente vascular encefálico (AVE) e infarto cerebral. Hemorragia intracraniana e AVE são frequentes após uso abusivo da droga¹⁰ (D).

A cocaína tem sido associada à hipertermia e agitação, e a temperatura corporal pode subir até 1°C após o uso. Temperaturas superiores a 40°C indicam pior prognóstico e podem sinalizar a ocorrência de delírio animado¹⁰ (D). Trata-se de uma síndrome incomum, caracterizada por progressão rápida, em duas a quatro horas, dos sintomas de hipertermia, delírio, parada cardiorrespiratória e morte.

A estimulação central produz sensações de euforia, ansiedade, estado de alerta, agitação, psicose, inapetência, instabilidade emocional, dificuldade para dormir, insônia e fadiga diurna⁹ (D). A cocaína suprime os sentimentos de medo e pânico, o que acarreta maior autoconfiança. Já a sua abstinência se associa a comportamentos compulsivos, ansiedade, depressão, exaustão e sonolência. Violência e comportamentos de risco, furto, roubo, homicídio e prostituição também são descritos. Doenças ou sinais e sintomas psiquiátricos podem ser manifestações do abuso de cocaína como efeito colateral. São evidenciados: psicose aguda ou crônica, esquizofrenia, ideação suicida, desordens obsessivo compulsivas e distúrbios do sono¹⁰ (D).

A disfunção sexual é comum entre os usuários da droga. Baixas doses retardam a ejaculação e o orgasmo e aumentam a excitação sexual, mas altas doses podem causar perda do interesse sexual, impotência, anorgasmia e ejaculação precoce¹⁰ (D).

Aparelho cardiovascular

As complicações cardiovasculares da cocaína são as mais frequentes e podem ocorrer após uso agudo ou crônico. Incluem dor torácica, arritmias, isquemia e/ou infarto do miocárdio e morte súbita e são a principal causa de morte relacionada ao uso da droga. A cocaína induz à vasoconstrição (aumento do tônus vascular), hipertensão arterial, taquicardia e vasoespasmo, com aumento da demanda periférica de oxigênio. O infarto é decorrente do efeito protrombótico da droga, com agregação e ativação plaquetária, e da fibrinólise diminuída¹⁰ (D).

As complicações do ACV não parecem ser doses dependentes, pois até pequenas quantias podem aumentar a morbidade e mortalidade entre os usuários.

Aparelho respiratório

Após a inalação da droga, lesões térmicas das vias aéreas podem acontecer, ocasionando tosse persistente, expectoração carbonácea, dispneia, sibilos, rouquidão e estridor¹⁰ (D). O crack induz ao aumento da reatividade brônquica e hipersecreção, promovendo broncoconstrição, o que exacerba o quadro de asma em usuários crônicos. Outras complicações pulmonares incluem pneumonia, hemorragia, lesões vasculares e edema pulmonar. A exposição repetida pode ocasionar febre, broncoespasmo, dispneia e tosse, e é possível que haja hemoptise devido à vasculite, hemorragia alveolar, lesões térmicas e de brônquios. Episódios recorrentes de dano pulmonar levam à hipertensão pulmonar e podem resultar em insuficiência cardíaca direita¹⁰.

Aparelho digestivo

O crack produz efeitos anestésicos sobre a mucosa da orofaringe, o que permite exposição prolongada e pode acarretar inflamação aguda, necrose, epiglotite, laringotraqueobronquite e laringoespasma¹⁰ (D). Disfagia, sialorreia e rouquidão também são comuns.

Com o uso da droga se observa redução do fluxo sanguíneo mesentérico e hipomotilidade gástrica, o que atrasa o esvaziamento estomacal e prolonga a exposição da mucosa ao ácido gástrico, aumentando o risco de ocorrência de gastrite e úlceras. A vasoconstrição provocada pela cocaína pode levar à isquemia mesentérica, isquemia tecidual focal e ao infarto mesentérico¹⁰ (D).

Sistema renal

É possível que a vasoconstrição provocada pela cocaína resulte em insuficiência renal aguda e infartos renais, que podem ocorrer também em consequência de espasmos da artéria renal, aterosclerose e trombose¹⁰ (D). A cocaína apresenta ainda efeito nefrotóxico, causando rabdomiólise, e ocorrem também hipercalemia e precipitação de mioglobina nos túbulos renais, com obstrução e inflamação, agravando a isquemia renal tubular¹⁰ (D).

Pele e fâneros

O uso da cocaína/crack induz a manifestações cutâneas como vasculites, púrpura, urticária, delírios de parasitose (formigamento e ilusão de que insetos estão rastejando na pele) e erupções na pele. Além disso, sobrancelhas e cílios podem ser queimados¹⁰ (D).

O Quadro 1 resume os efeitos do uso da cocaína/crack nos diferentes sistemas do nosso organismo.

Efeitos e consequências do crack na gestação, parto e puerpério

O consumo de cocaína entre mulheres tem crescido em todo o mundo. Estima-se que cerca de 90% das usuárias de droga está em idade fértil⁸ (D), e nota-se que a prevalência do uso de drogas lícitas ou ilícitas em gestantes também aumentou, o que traz grandes riscos para a saúde da mulher e do neonato, uma vez que as alterações fisiológicas induzidas pela gravidez potencializam os efeitos do crack, principalmente a toxicidade cardiovascular¹⁶ (D).

O seu uso tem sido associado ao aumento da prevalência de gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo a infecção pelo HIV¹⁷ (C). A interação entre os padrões de uso de crack e o comportamento sexual de risco (sexo desprotegido, múltiplos parceiros e envolvimento em sexo comercial, entre outros) não só é responsável pelo risco acrescido ao HIV/AIDS nessa população como também ao maior risco de complicações ao longo do tratamento. Essas pacientes, por exemplo, geralmente precisam ter acesso a exames laboratoriais mais sofisticados (como genotipagem do HIV) e regimes terapêuticos mais complexos (como as “terapias de resgate”, adequadas para pacientes com cepas virais multirresistentes ou falha terapêutica) em função da falência de alternativas de tratamentos mais simples e baratos. Com frequência, também precisam de serviços de apoio social (alojamentos e encaminhamentos para auxílios governamentais, por exemplo), além de suporte psicológico e tratamentos para diferentes comorbidades psiquiátricas¹⁸ (D).

Os usuários de cocaína/crack têm altas taxas de desnutrição, habitação instável, desemprego, pobreza e envolvimento criminal, além de alta incidência de problemas de saúde mental, como baixa autoestima, automutilação e/ou tentativas de autoextermínio, transtornos alimentares, transtorno do estresse pós-traumático e violência doméstica e sexual.

O uso crônico da cocaína/crack pode afetar os ciclos menstruais da mulher, efeito que pode ser revertido com a descontinuidade do uso ou após desenvolvimento de tolerância à droga¹⁹ (D).

A identificação do abuso de cocaína/crack em parturientes é um desafio. Geralmente as mulheres negam o uso e os sintomas indicativos podem ser confundidos com os efeitos originados pelo abuso de outras substâncias, tais como álcool, tabaco e maconha ou com doenças associadas à gestação, como a pré-eclâmpsia¹⁹ (D). São sinais indicativos de intoxicação, overdose ou abstinência: alterações comportamentais evidentes, agitação, pupilas dilatadas ou constritas, pressão arterial aumentada ou reduzida, frequência cardíaca aumentada ou reduzida, frequência respiratória aumentada ou reduzida e diminuição de reflexos²⁰ (D). A abordagem sobre o uso de drogas, lícitas ou não, deve fazer parte da rotina de pré-natal, com a obtenção da história pregressa e atual do consumo, incluindo quantidade e frequência. A partir do relato pessoal do uso podem ser realizados testes toxicológicos de urina e cabelo para avaliar o consumo, devendo se obter previamente o consentimento informado da paciente²⁰ (D).

As gestantes e puérperas usuárias de drogas são muito mais discriminadas, o que predispõe à negação do vício e não procura pela assistência pré-natal ou ao acesso tardio à assistência médica. Usuárias de crack têm déficit de cuidados pré-natais e essa falta ou número escasso de consultas se relaciona também ao isolamento social, imposto a essas mulheres com discriminação e preconceito.

O uso de cocaína/crack durante a gestação está associado ao aumento de alterações do sistema cardiovascular²¹ (D). Com as mudanças fisiológicas, a gravidez se torna um estado hiperdinâmico e hipervolêmico. Dado o efeito vasoconstrictor da cocaína, o consumo da droga pode provocar hipertensão arterial, taquicardia e arritmias, precipitando crises. Outros sintomas incluem: convulsões, hiper-reflexia, febre, midríase, instabilidade emocional, proteinúria e edema. A combinação de hipertensão, proteinúria e convulsões, resultantes do abuso de cocaína, pode ser confundida

Quadro 1 – Efeitos do uso de cocaína/crack nos diferentes sistemas orgânicos

| Cardiovasculares | Respiratórios | Gastrointestinais | Cerebrovasculares |
|---|------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Aumento da pressão arterial e frequência cardíaca | Pneumotórax | Gastrite/colite | Hemorragia intracraniana |
| Dor torácica | Pneumomediastino | Úlceração | Vasculite |
| Isquemia/infarto do miocárdio | Infiltrado alveolar e intersticial | Isquemia/infarto mesentérico | |
| Arritmias | Edema pulmonar | Hepatotoxicidade | Acidente vascular encefálico |
| Trombose | Hemorragia pulmonar | | |
| Psicológicos | Renais | Neurológicos | |
| Euforia | Rabdomiólise/Mioglobulinúria | Hipertermia | |
| Psicose | Infarto renal | | |
| Depressão | Falência renal aguda | Convulsões | |
| Fadiga | | | |

com eclâmpsia: o diagnóstico diferencial é essencial nesses casos para estabelecer a conduta correta²² (D).

As complicações maternas decorrentes do uso desta droga na gestação são evidenciadas pela alta incidência de aborto, descolamento prematuro de placenta (DPP), trabalho de parto prematuro, ruptura uterina, disritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia cerebral, infarto e morte²² (D). A cocaína aumenta a concentração de ocitocina, induzindo à atividade uterina, o que explica as altas taxas de parto pré-termo. Os efeitos hipertensivos da cocaína e o reforço da contratilidade uterina, por aumento dos níveis de norepinefrina, predis põem a mulher ao DPP. O uso crônico está associado a altas taxas de DPP grave, podendo acarretar mortes maternas e/ou perinatais¹⁹ (D).

Os eventos adversos dependem da dose, do tempo de consumo e da idade gestacional. O consumo de outras substâncias, como álcool, heroína, cigarro e maconha, pode agir sinergicamente.

O uso de cocaína/crack no primeiro trimestre de gestação está associado a maiores taxas de aborto espontâneo¹⁹ (D), e os efeitos negativos independem da dose, o que sugere que qualquer nível de exposição aumenta o risco de abortamento¹⁰ (D).

O efeito vasoconstritor da droga, por meio do aumento do tônus vascular, reduz o fluxo sanguíneo uteroplacentário, aumentando as chances de ocorrência de hipóxia fetal, sofrimento e restrição de crescimento fetal intrauterino (CIUR), acidose e isquemia, além de infartos e hemorragias placentárias em qualquer momento da gestação^{16,23} (D, C).

O Quadro 2 apresenta os principais efeitos gestacionais do uso de cocaína/crack.

A droga possui propriedades lipofílicas, pouco conteúdo hídrico, baixo peso molecular e pouca ionização, o que permite que seus metabólitos atravessem a placenta por difusão simples e atinjam o feto. As suas concentrações no feto se comparam com as maternas¹³ (D).

Estudos sugerem riscos de teratogenicidade com o uso de cocaína. No entanto, há controvérsia e grande dificuldade na

definição da associação da exposição intraútero a ela com os efeitos fetais. Isso decorre da sobreposição de fatores maternos, entre eles o uso de outras drogas lícitas ou ilícitas concomitantemente, como tabaco, álcool, maconha e heroína; baixo nível socioeconômico; baixo nível educacional; dificuldade de acesso ao sistema de saúde; e precariedade da assistência pré-natal.

A ação direta da cocaína sobre o feto raramente provoca anomalias. Estas geralmente são decorrentes de outros fatores de risco. As malformações mais frequentemente encontradas são anomalias do trato geniturinário, deformidades distais, gastrosquise, defeitos cardiovasculares, microcefalia e defeitos do tubo neural. Não existe, no entanto, uma síndrome característica, como ocorre entre os neonatos expostos ao álcool (síndrome alcoólica fetal). A exposição fetal à cocaína está associada a deficiências auditivas, assimetrias sensoriais, tremores e reação exagerada a estímulos ambientais, hiperatividade, inquietação¹⁰ (D).

Em recém-nascidos expostos à cocaína/crack intraútero, observa-se baixo peso ao nascer, diminuição do perímetro cefálico, retardo no desenvolvimento neuropsicomotor e risco de morte súbita²⁰ (D). Após o nascimento pode haver dificuldade para o ganho de peso, aumento da incidência de apneia do sono e síndrome da morte súbita infantil. A droga suprime o apetite materno, o que contribui para a deficiente nutrição e deprime os depósitos de gordura fetais, diminuindo a massa corporal. Os prejuízos ocorrem com maior frequência nas funções cognitivas.

Estudos com crianças na faixa etária de dois a sete anos demonstram problemas para a manutenção da atenção. Há relatos de deficiência mental leve e prejuízos da memória e do aprendizado, com maior deficiência ou retardo do desenvolvimento cognitivo em crianças de até dois anos. As alterações cognitivas foram mais evidentes entre as gestantes que fizeram uso combinado de álcool associado a outras drogas²⁴ (D).

A extensão da exposição pré-natal à cocaína pode determinar a ocorrência de síndrome da abstinência neonatal. Os sintomas aparecem dois a três dias após o nascimento e tendem a desaparecer nos primeiros meses de vida. Entre eles se encontram problemas de alimentação, como dificuldade de sucção; irritabilidade; hipertonia; bocejos e espirros, que se devem a maior estimulação do SNC¹⁰ (D).

O Quadro 3 resume os principais efeitos do uso da cocaína/crack no embrião, no feto e no recém-nascido.

O abuso da cocaína/crack geralmente está associado ao consumo de outras drogas, como álcool, tabaco e maconha. O álcool possui efeitos teratogênicos, e seu consumo deixa sequelas fetais em qualquer fase do desenvolvimento fetal e em qualquer idade gestacional. Está associado à maior taxa de prematuridade e síndrome alcoólica fetal, que inclui CIUR, fâcies

Quadro 2 – Principais efeitos gestacionais do uso de cocaína/crack

| Principais alterações gestacionais |
|------------------------------------|
| Abortamento |
| Descolamento prematuro de placenta |
| Ruptura prematura de membranas |
| Contrações uterinas precoces |
| Parto pré-termo |
| Crises hipertensivas |
| Movimentos fetais excessivos |
| Ruptura uterina |

atípica, deficiência mental e anormalidades osteomusculares, geniturinárias e cardiovasculares. Nenhum nível de álcool é seguro na gestação²² (D).

A nicotina pode diminuir o fluxo sanguíneo placentário, devido à vasoconstrição, e contribuir para a hipóxia fetal. O uso de tabaco na gestação está associado ao aumento do número de recém-nascidos com baixo peso ao nascer²² (D). O efeito negativo é proporcional ao número de cigarros fumados e ocorre mesmo com a exposição passiva.

O uso periparto de grandes quantidades de cocaína podem provocar taquicardia fetal, desaceleração e hipertensão arterial, que possivelmente resultam em infarto vascular cerebral intrauterino²² (D). As anestésias geral e local, juntamente com o uso da droga, estão associadas a complicações graves maternas, incluindo hipertensão, hipotensão, arritmias cardíacas, isquemia ou disfunção do miocárdio, hemorragia periparto e percepção alterada da dor²⁵ (C), podendo ser necessário o aumento da dose de analgésicos. O parto vaginal e a anestesia local são as melhores opções para parturientes usuárias de crack. Além de algumas DSTs (infecção pelo HIV, dependendo da carga viral, por exemplo), urgências obstétricas são indicadoras de parto cesáreo²¹ (D).

As mães usuárias da droga geralmente apresentam alto risco de competência parental. Nestes casos, observa-se pouca interação entre a mãe e a criança, suporte social inadequado, baixa autoestima da mãe, hostilidade à criança, agressividade, ansiedade e depressão. Os filhos de dependentes químicos têm risco aumentado de problemas comportamentais, psicológicos e acadêmicos, inclusive de se tornarem tóxico dependentes²⁰ (D).

O cuidado na Atenção Primária à Saúde das gestantes usuárias de crack

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial para o Sistema Único de Saúde (SUS), local em que se estabelece o primeiro contato com a rede de atendimento, a qual precisa estar preparada para receber a usuária com uma postura humanizada. Para alcançar a integralidade

do cuidado das gestantes usuárias da droga, a APS deve se articular com os Centros de Atendimento Psicossociais de Álcool e Drogas (CAPS ad) para o desenvolvimento de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), bem como realizar encaminhamentos para maternidades de referência e internação dos casos mais graves — em Serviços Hospitalares de Referência para Álcool e Drogas (SRRad), também denominados Unidades de Desintoxicação (UD)²⁶ (D).

O PTS se configura em um dispositivo importante na integralidade do cuidado, como um conjunto de propostas de condutas articuladas, que surge da escuta e consideração aos valores, desejos, ideias e vínculos das usuárias. Sua construção envolve discussões em equipe, nas quais são valorizados aspectos importantes do acompanhamento de cada caso, o que vai além da definição do diagnóstico e prescrição de medicamentos. É onde a gestante participa da construção do cuidado e assume tarefas dentro das metas e propostas definidas²⁷ (D).

Ao se deparar com uma gestante usuária de drogas, a primeira questão a ser ponderada pelo profissional de saúde é verificar se a situação pode ser tratada ambulatorialmente ou se já é indicada a hospitalização da paciente. A decisão deve se nortear pelos seguintes critérios²⁸ (D):

- a) Intensidade dos sintomas de abstinência;
- b) Nível de complicações orgânicas e psíquicas;
- c) Nível de aceitação da paciente à sua própria realidade;
- d) Nível da retaguarda familiar e assistência disponível.

Nos casos de gestantes que fazem uso de crack, devem ser encaminhadas para uma UD, ficando a APS com a responsabilidade pelo acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério, mas com a corresponsabilização do cuidado da mãe e do seu recém-nascido²⁶ (D).

No processo de atendimento ambulatorial às gestantes usuárias de drogas, o acompanhamento dos casos deve ser sistemático e periódico, levando em consideração principalmente os seguintes aspectos: cumprimento do calendário de consultas

Quadro 3 – Efeitos da cocaína/crack no embrião, no feto e no recém-nascido

| Principais efeitos no embrião, feto e recém nascidos | | | |
|--|----------------------------------|--|---|
| Embrião | Feto | Recém-nascidos | |
| Anomalias do trato geniturinário | Sofrimento fetal | Deficiências auditivas | Hiperatividade |
| Deformidades distais | Restrição de crescimento uterino | Assimetrias sensoriais | Inquietação |
| Gastrosquise | Diminuição do perímetro cefálico | Reação exagerada a estímulos ambientais | Ganho de peso adiado |
| Defeitos cardiovasculares | Microcefalia | Tremores | Aumento da incidência de apneia do sono |
| Defeitos do tubo neural | - | Baixo peso ao nascer Retardo no desenvolvimento neuropsicomotor | Síndrome da morte súbita infantil |

e recomendações feitas durante o pré-natal; observação do ganho de peso e curva da altura uterina; adesão ao tratamento especializado; redução (ou suspensão) do uso de crack e de danos; condições do nascimento; responsabilização materna frente aos cuidados com o bebê e puerpério. Na rotina de atendimento e nas visitas domiciliares às grávidas precisam ser realizadas abordagens diretas às gestantes e suas famílias para a análise dos riscos e vulnerabilidades sociais, de forma a alertá-las quanto aos efeitos maléficos que o crack causa ao feto e ao recém-nascido, buscando promover a sensibilização à maternidade²⁹ (D).

No manejo destas usuárias é fundamental que a equipe de saúde seja flexível e esteja aberta a debater questões relacionadas às faltas nas consultas previamente agendadas, assim como a falta de aderência ao tratamento. Para minimizar a primeira questão há estratégias como: *one-stop shopping* (agendamento integrado), em que diversos profissionais são envolvidos no mesmo atendimento. Uma única ida ao serviço reduz o tempo de espera da paciente, facilita os agendamentos, evita que ela falte vários dias ao trabalho e faz com que gaste menos. A flexibilidade nos horários, disponibilização de consultas não agendadas previamente e lembrança ao paciente sobre sua consulta (por meio de telefonemas e telegramas, entre outros) também se constituem em estratégias importantes quando se trata de pacientes com histórico de baixa frequência nos agendamentos. Outros aspectos importantes para aumentar a aderência ao tratamento são privacidade, localização do serviço, utilização do tempo livre (transformando a sala de espera em momento criativo e informativo), a informalidade (atmosfera receptiva e amigável no serviço) e a avaliação (se o serviço está de acordo com a clientela)¹⁸ (D).

Para gestantes usuárias de drogas em situação de rua, a redução de danos (RD) surge como importante estratégia de intervenção, não apenas na prevenção, com distribuição de seringas para usuários de drogas injetáveis ou de camisinhas para a prevenção do HIV/AIDS²⁶ (D). As equipes multiprofissionais dos consultórios de rua, trabalhando na perspectiva da RD, vêm oferecendo cuidados no próprio espaço da rua (cenas de uso), buscando o fortalecimento de vínculo social e o estabelecimento de uma ponte de informações e acesso a serviços de saúde, realizando ações que possibilitam a oferta de alternativas ao uso abusivo de drogas, respeitando a singularidade do sujeito³⁰ (D).

Tratar a drogadição em sua dimensão singular convoca o Estado e a sociedade a adotarem estratégias e recursos que reduzam os danos à vida, criando dispositivos de suporte necessário a cada situação e oferecendo respostas possíveis

para o tratamento dos usuários e dependentes. Nesse sentido, é importante que seja considerada a necessidade de mudança mais profunda no SUS — que supere o modelo de incrementalismo lento de ações que se sobrepõem e que se realizam com base em uma visão fragmentada do paciente —, com a abordagem em caráter multidisciplinar do drogadicto^{31,32} (D). Sugere-se a constituição de uma Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, com seus diversos componentes — atenção básica em saúde, atenção psicossocial especializada, atenção de urgência e emergência, atenção residencial de caráter transitório, atenção hospitalar, estratégias de desinstitucionalização e reabilitação psicossocial —, mas com a proposta de se trabalhar na linha da complementaridade das ações, buscando a integralidade do cuidado²⁸ (D).

Considerações finais

A alta prevalência e os diversos problemas associados ao abuso de crack e outras drogas inserem este tema como uma relevante questão de saúde pública e chama a atenção para a necessidade de intervenções diante desta realidade. A real extensão dos danos que o uso da cocaína/crack provoca na gestação ainda é desconhecida.

A subnotificação do uso de drogas por gestantes é um problema grave e prejudica análises mais aprofundadas. A maioria dos estudos sobre o tema foi publicada há mais tempo, com pequeno número de pacientes e sem controlar adequadamente os fatores de risco concomitantes, o que impede conclusões mais objetivas.

A gravidez estimula a mulher a buscar auxílio no sistema de saúde, e os profissionais da área devem utilizar esta demanda como uma “janela de oportunidade” na abordagem das gestantes usuárias de drogas. O não julgamento da paciente é essencial para o atendimento adequado e a realização de um diagnóstico diferencial do tipo de drogas em uso. A investigação deve ter início durante o pré-natal, com a obtenção da história pregressa e atual do consumo, incluindo quantidade e frequência.

O tratamento destas gestantes não deve recair apenas sobre o tipo de droga utilizada e suas consequências para a gestante e feto, mas buscar as causas complexas que motivam o seu uso e sua eventual dependência. A reabilitação e reinserção das usuárias é uma necessidade imperativa para a estruturação e o fortalecimento da rede de atenção e cuidado dessas gestantes.

Leituras suplementares

- Humeniuk R, Poznyak V. Intervenção Breve para o abuso de substâncias: guia para uso na atenção primária à saúde. São Paulo: OMS; 2004.
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). World Drug Report 2012. New York: United Nations; 2012.
- Duarte P, Stempliuk V, Barroso L. Relatório brasileiro sobre drogas. Brasília: Secretaria Nacional Sobre Drogas; 2009.
- Galduróz JCF, Carlini EA (org.). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do País. São Paulo: CEBRID; 2006.
- Alves DS, Guljor AP. O cuidado em saúde mental. In: Pinheiro R, Mattos RA (org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. 3ª ed. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2006. p. 221-40.
- Wiechelt SA. Introduction to the special issue: international perspectives on women's substance use. *Subst Use Misuse*. 2008;43(8-9):973-7.
- Kuczkowski KM. Anesthetic implications of drug abuse in pregnancy. *J Clin Anesth*. 2003;15(5):382-94.
- The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Clinical practice guideline. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(4):367-84.
- Carlini EA, Nappo SA, Galduróz JCF, Noto AR. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. *Revista IMESC*. 2001;3:9-35.
- White SM, Lambe CJ. The pathophysiology of cocaine abuse. *J Clin Forensic Med*. 2003;10(1):27-39.
- Kessler F, Pechansky F. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2008;30(2):96-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas [Internet]. O crack: como lidar com este grave problema. Brasília: MS; 2009 [cited 2013 Jan 24]. Available from: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=
- Gouin K, Murphy K, Shah PS. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. *Am J Obstet Gynecol*. 2011;204(4):340.e1-12.
- Duailibi LB, Ribeiro M, Laranjeira R. Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(Suppl 4):S545-57.
- Smith JC, Kacker A, Anand VK. Midline nasal and hard palate destruction in cocaine abusers and cocaine's role in rhinologic practice. *Ear NoseThroat J*. 2002;81(3):172-7.
- Yamaguchi ET, Cardoso MMS, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. *Rev Psiquiatr Clín*. 2008;35(1):44-7.
- Heil SH, Jones HE, Arria A, Kaltenbach K, Coyle M, Fischer G, et al. Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *J Subst Abuse Treat*. 2011;40(2):199-202.
- Malta M, Bastos FI, Monteiro M. Manejo do paciente usuário de drogas vivendo com HIV/AIDS. In: Alarcon S, Jorge MAS (org.). Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.
- Rayburn WF. Maternal and fetal effects from substance use. *Clin Perinatol*. 2007;34(4):559-71.
- Albright BB, Rayburn WF. Substance use among reproductive age women. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009;36(4):891-906.
- Wright A, Walker J. Management of women who use drugs during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12(2):114-8.
- Prentice S. Substance misuse in pregnancy. *Obstet Gynaecol Reprod Med*. 2010;20(9):278-83.
- Baurer CR, Shankaran S, Bada HS, Lester B, Wright LL, Krause-Steinrauf H, et al. The Maternal Lifestyle Study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(3):487-95.
- Coles CD, Black MM. Introduction to the special issue: impact of prenatal substance exposure on children's health, development, school performance, and risk behavior. *J Pediatr Psychol*. 2006;31(1):1-4.
- Livingston JC, Mabie BC, Ramanathan J. Crack cocaine, myocardial infarction, and troponin I levels at the time of cesarean delivery. *Anesth Analg*. 2000;91(4):913-5.
- Brasil. Ministério da Saúde. A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: MS; 2003.
- Oliveira GN. O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2007.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília; 2011.
- Sobral. Secretaria Municipal da Saúde e Ação Social [Internet]. 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 [cited 2013 Jan 24]. Available from: http://www.medicalservices.com.br/premiomedicalservices/arquivos/projeto_na_integra_1281154f8b6286285c6.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Consultórios de Rua do SUS. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: MS/EPJN-FIOCRUZ; 2010.
- Rameh-de-Albuquerque RC. Casas do meio do caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e drogas [dissertação]. Recife: Fundação Oswaldo Cruz; 2008.
- Silva, R. No meio de todo caminho, sempre haverá uma pedra. Almanaque On-line – Revista eletrônica do IPSM/MG [serial on the Internet]. 2009 Jul [cited 2013 Jan 24];9:1-11. Available from: <http://www.institutopsicanalise-mg.com.br/psicanalise/almanaque/09/textos/No%20meio%20de%20todo%20caminho-Rose-final.pdf>