

Assistência pré-natal às usuárias de drogas ilícitas

Prenatal care of illicit drugs users

Tadeu Coutinho¹
Conrado Milani Coutinho²
Larissa Milani Coutinho³

Palavras-chave

Drogas ilícitas/gravidez
Cannabis/cuidado pré-natal
Cocaína/cuidado pré-natal
Opioides/cuidado pré-natal
Complicações na gravidez

Keywords

Illicit drugs/pregnancy
Cannabis/prenatal care
Cocaine/prenatal care
Opioids/prenatal care
Pregnancy complications

Resumo

O uso de drogas ilícitas na gravidez é um problema complexo de cunho social e de saúde pública. Com ocorrência crescente na população mundial, resulta no aumento significativo da morbiletalidade materno-fetal, com maiores taxas da exposição às drogas e da síndrome de abstinência neonatal, além de prejuízos no desenvolvimento subsequente das crianças expostas a tais substâncias. Em virtude da variedade de fatores sociais, psicossociais, comportamentais e biomédicos que estão implicados nos resultados neonatais adversos, as usuárias devem receber orientações acerca dos riscos periconcepcionais, anteparto e pós-parto causados pelas drogas de abuso. Idealmente, a assistência pré-natal deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar. Os tocoginecologistas têm a obrigação ética de aprender e utilizar protocolos para rastreio universal do uso das substâncias ilegais, empreender intervenções iniciais e encaminhar as usuárias e seus familiares para tratamento médico especializado. A construção de uma relação médico-paciente desprovida de preconceitos e baseada em confiança recíproca é também pré-requisito fundamental. A frequência das consultas pré-natais e a avaliação da vitalidade fetal devem ser pautadas pela análise constante e individualizada dos riscos, segundo as diretrizes de assistência às gestações de alto risco. Após o parto, o seguimento das mães, dos recém-nascidos e de suas famílias deve prosseguir em serviços devidamente capacitados.

Abstract

Illicit drugs use in pregnancy is a complex social and public health issue. As a growing problem worldwide, it results in significant increase of maternal and fetal morbidity and mortality, with higher rates of drug exposure and neonatal abstinence syndrome, besides loss in the subsequent development of children exposed to such substances. Due to the variety of social, psychosocial, behavioral and biomedical factors that are implicated in adverse neonatal outcomes, users should receive guidance regarding conception, antepartum and postpartum risks caused by illicit drugs. Ideally, prenatal care should be performed by a multidisciplinary team. Obstetricians and gynecologists have an ethical obligation to learn and utilize universal screening protocols for the use of illegal substances, undertake initial interventions and refer users and their families for specialized medical treatment. The construction of a non-judgemental physician-patient relationship based on reciprocal trust is also a fundamental prerequisite. The frequency of antenatal visits and assessment of fetal well-being must be guided by constant and individualized analysis of risks, according to the guidelines of care for high-risk pregnancies. After birth, the follow-up of mothers, newborns and their families should continue in properly prepared health care services.

¹Professor Associado de Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (FM-UFJF) – Juiz de Fora (MG), Brasil.

²Médico Assistente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP) – Ribeirão Preto (SP), Brasil.

³Pós-graduanda (Mestrado) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) – Belo Horizonte (MG), Brasil.

Endereço para correspondência: Tadeu Coutinho – Rua Batista de Oliveira, 1070/1502 – Centro – CEP: 36010-532 – Juiz de Fora (MG), Brasil – E-mail: tcoutinhof@yahoo.com.br

Conflito de interesses: não há.

Introdução

O uso de drogas ilícitas na gravidez é um problema global de caráter social e de saúde pública. Está associado ao aumento do risco de complicações materno-fetais e de efeitos adversos de longo prazo nas crianças expostas a esse grupo de substâncias^{1,2} (D). A maconha persiste como a substância ilegal mais utilizada, seguida pela cocaína e opioides, mas o uso de múltiplas drogas é muito frequente³⁻⁶ (D,B,C,D).

No Brasil, os dados relativos ao uso de drogas ilícitas na gestação são esparsos, principalmente em relação à maconha. No país, segundo um inquérito nacional de base populacional de 2005, o consumo de drogas ilegais foi referido por 8,9% dos entrevistados de ambos os sexos e idade de 16–65 anos, com predominância do uso da maconha. O relato do uso das drogas ilícitas foi menor entre as mulheres (5%) do que entre os homens (13,2%). O consumo revelou-se maior nas faixas etárias mais jovens, de 16–24 anos e 25–36 anos (11,7 e 12,1%, respectivamente), quando comparadas ao uso nas faixas superiores de idade (8,8% entre indivíduos de 34–46 anos e 3,1% entre 47–65 anos)⁷ (C).

Nos Estados Unidos da América (EUA), 9,8% das mulheres não grávidas e 4% das gestantes reportam o uso de drogas ilícitas, porém, entre as grávidas de 15–17 anos, a prevalência é de 15,5%⁸ (D).

Em geral, as usuárias das drogas de abuso são portadoras de taxas maiores de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), vírus da imunodeficiência humana (HIV), hepatites, violência doméstica e depressão quando comparadas com as mulheres não usuárias. Como consequência, esse grupo de mulheres apresenta menor adesão às consultas pré-natais e um número maior de complicações gestacionais^{1-3,5} (D, D, D, C). É mais frequente a associação com parto pré-termo, baixo peso ao nascimento, descolamento prematuro de placenta, síndrome de abstinência neonatal e admissão em unidades de terapia intensiva neonatais. Além dos efeitos adversos perinatais, há preocupação com os riscos de alterações no neurodesenvolvimento e de comprometimento futuro das condições de saúde dos filhos das gestantes usuárias^{1,2,9} (D).

O grande impacto econômico gerado pelo consumo de drogas ilegais na gestação é outro motivo de preocupação já estabelecido. Segundo uma estimativa norte-americana, o custo anual é superior a 180 bilhões de dólares, incluindo 605 milhões relativos aos gastos com os neonatos expostos às drogas ilícitas⁸ (D).

Nesse contexto, devido à inexistência de um método de rastreamento ideal para identificação das usuárias de drogas ilícitas — principalmente os preocupantes álcool e tabaco — e

ilícitas, toda gestante deve ser interrogada sobre o uso dessas substâncias, independentemente da sua condição socioeconômica^{3,6} (D).

Idealmente, a assistência pré-natal deve ser realizada por equipes multidisciplinares. Além do obstetra, a equipe assistencial deve contar com a participação de profissionais de outras áreas, como psiquiatria, psicologia, enfermagem e assistência social¹⁰ (D). A realização de avaliações pré-concepcionais também proporciona uma oportunidade importante para reduzir os riscos maiores da adição, porque permite a identificação precoce do padrão de abuso e a predição do consumo dessas substâncias durante as gestações futuras¹ (D).

Como tende a ser maior entre as gestantes a motivação para modificar comportamentos prejudiciais à sua própria saúde e a de seus filhos, a assistência pré-natal proporciona várias oportunidades para identificar e tratar as usuárias de drogas ilegais³ (D). No entanto, como é frequente a omissão de informações importantes pelas gestantes usuárias, os relatos espontâneos e os dados sobre a utilização das drogas ilegais nem sempre são totalmente confiáveis.

Em função da prevalência significativa e dos impactos clínico e socioeconômico do uso de substâncias ilegais pelas mulheres em idade reprodutiva e, principalmente, pelas gestantes, é imperativo que os profissionais de saúde responsáveis pela assistência pré-natal possuam conhecimentos adequados sobre o tema. Dessa forma, poderão realizar rotineiramente o rastreamento, instituir condutas profiláticas e terapêuticas iniciais, propor o encaminhamento dos casos de maior complexidade para serviços amparados por equipes especializadas e, como consequência, proporcionar maiores taxas de sucesso ao ciclo gravídico-puerperal⁸ (D).

Metodologia

Foi realizada revisão da literatura nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (MEDLINE)/Public MEDLINE (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe e Ciências da Saúde (LILACS)/*Scientific Electronic Library* (SciELO) e Biblioteca Cochrane, no período entre 2000 e 2012. Utilizou-se a combinação dos seguintes descritores na língua portuguesa: “drogas ilícitas / gravidez, cannabis / cuidado pré-natal, cocaína / cuidado pré-natal, opioides / cuidado pré-natal e complicações na gravidez”. Na língua inglesa, foram pesquisados os seguintes descritores: “*illicit drugs / pregnancy, cannabis / prenatal care, cocaine / prenatal care, opioids / prenatal care e pregnancy complications*”.

A seleção inicial das publicações foi realizada com base em seus títulos e resumos e, quando relacionadas ao tema,

buscou-se o texto completo. Na primeira pesquisa foram selecionadas 315 publicações. A seguir, em obediência às normas editoriais de *Femina*, foi utilizado um total de 25 referências para esta revisão, priorizando as publicações mais recentes com foco na assistência e nas consequências materno-fetais do uso das drogas ilícitas no ciclo gravídico-puerperal.

A correspondência entre o grau de recomendação e a força de evidência científica baseou-se no Projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira (AMB, <http://www.amb.org.br>).

Discussão

Há evidências de que a assistência pré-natal reduz de forma consistente os efeitos negativos da utilização de substâncias ilícitas durante a gestação, incluindo a diminuição dos riscos de prematuridade e de baixo peso ao nascimento^{11,12} (B, D). A integração entre os programas de tratamento do abuso e a assistência pré-natal tem-se mostrado ainda mais efetiva na redução das complicações materno-fetais e dos custos nelas envolvidos^{12,13} (D, C).

Nesse cenário, a pesquisa sobre o uso anterior ou atual de drogas ilícitas pelas gestantes deve ser realizada ativamente, independentemente de nível socioeconômico, idade e etnia⁸ (D). As altas taxas de não identificação das grávidas usuárias estão relacionadas a uma série de fatores, como a falta de investigação pelos profissionais de saúde e o potencial de negação ou omissão das pacientes. Esse comportamento das gestantes é motivado por preocupações com o estigma social, as possíveis consequências legais e, até mesmo, a perda de custódia da sua prole, incluindo o conceito da atual gravidez⁸ (D).

Com o objetivo de facilitar o rastreamento e a condução da assistência pré-natal das usuárias de drogas ilícitas, é imprescindível que o obstetra possua as principais informações sobre as substâncias de abuso mais consumidas pelas gestantes: maconha, cocaína, opioides e anfetaminas.

Drogas ilícitas mais consumidas na gestação

Maconha

Também conhecida como marijuana, a maconha tem efeito alucinógeno e é a droga ilícita mais utilizada por mulheres em idade reprodutiva e, portanto, pelas gestantes. Uma investigação mais acurada sobre o consumo da maconha apresenta como obstáculo principal o uso concomitante de outras drogas lícitas e ilícitas. Uma série de fatores, como idade materna, etnia e condições ambientais, pode também interferir no consumo da droga durante a gestação. O seu principal princípio psicoativo

é o delta-9-tetraidrocanabinol (THC) que, por ser altamente lipossolúvel, atravessa facilmente a barreira placentária⁶ (D). Os efeitos agudos da droga incluem euforia, taquicardia, congestão conjuntival e ansiedade, porém, apesar de afetar todos os sistemas do corpo humano, a intoxicação aguda é muito rara. No entanto, a inalação aguda pode potencializar o efeito de drogas anestésicas no sistema cardiovascular e a ação depressora sobre o sistema nervoso central (SNC). A utilização crônica pode provocar letargia, irritabilidade, bronquite crônica e infecções respiratórias recorrentes¹⁴ (D).

No período neonatal, já foi descrita uma síndrome narcótica leve de abstinência, que consiste de tremores finos, movimentos involuntários súbitos e reflexo de Moro exagerado, e que regride espontaneamente, não necessitando de tratamento¹⁵ (D). Não há evidências de aumento na frequência de malformações congênitas, baixo peso ao nascimento ou alterações de linguagem. Entretanto, pesquisas mais recentes têm apontado uma maior tendência para distúrbios funcionais no decorrer da vida dos filhos expostos à droga, tais como déficits cognitivos, impulsividade, déficit de atenção, hiperatividade, sintomas depressivos, distúrbios do sono e adição futura³ (D).

Cocaína

Nas últimas décadas, a prevalência do uso de cocaína e de seus derivados – principalmente o *crack* – tem aumentado de forma preocupante na população brasileira. Os resultados do Segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II Lenad) realizado pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), de 2012, mostraram que o Brasil é o segundo mercado mundial no uso de cocaína e derivados, com 2,8 milhões de usuários por ano, sendo superado apenas pelos EUA, com 4,1 milhões (www.inpad.org.br). Apresenta efeito anestésico local e é estimulante do SNC, através de ação simpaticomimética via dopamina.

As complicações maternas incluem trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, ruptura uterina, arritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia/enfarte cerebral e óbito^{6,15} (D). Os efeitos adversos agudos são mais frequentes entre as mulheres com uso irregular da droga, enquanto as complicações crônicas, como infecções sistêmicas, anemia e baixo peso ao nascimento, são mais comuns nas usuárias com consumo regular. A cocaína cruza rapidamente a placenta através de difusão simples e pode causar constrição significativa dos vasos fetais^{2,6,14} (D). A principal preocupação com as consequências fetais da droga está relacionada ao seu efeito vasoconstritor e às consequentes alterações disruptivas nos vários sistemas corporais, principalmente no desenvolvimento cerebral. No entanto, um estudo prospectivo de grandes proporções, denominado

The Maternal Lifestyles Study, não confirmou o aumento na frequência de malformações (cardiovasculares, genitourinárias, renais, gastrintestinais ou do SNC) que foi relatado anteriormente, porém revelou um número maior de sinais e sintomas neurológicos no período neonatal, como irritabilidade, agitação, hipertonia, tremores, choro agudo e estado hiperalerta. A frequência maior de alterações cognitivas estaria mais associada a fatores ambientais e socioeconômicos do que à exposição à droga. Segundo esse mesmo estudo, a exposição pré-natal à cocaína e aos opiáceos não está relacionada a déficits mental, motor e comportamental até os três anos de idade¹⁶ (B).

Opioides

O abuso de opioides inclui o consumo ilegal da heroína e o mau uso da prescrição de analgésicos mais potentes. As vias mais utilizadas para o consumo da heroína são a endovenosa e a inalatória. Como é a substância opioide mais lipofílica, age prontamente no SNC materno, devido aos seus rápidos e intensos efeitos nos receptores opioides. A passagem transplacentária também é rápida, propiciando efeitos obstétricos adversos de relevância. Os principais efeitos maternos incluem infecções, distúrbios psicossociais e violência. Do ponto de vista perinatal, sobressaem taxas mais altas de pré-eclâmpsia, descolamento prematuro de placenta, alterações da vitalidade fetal, aspiração meconial, baixo peso ao nascimento, mortalidade perinatal e morbidade puerperal. Os recém-nascidos são acometidos principalmente pelas complicações de prematuridade, síndrome de abstinência neonatal, déficit de crescimento pós-natal, microcefalia, retardos neurocomportamentais e síndrome da morte súbita neonatal^{17,18} (D). A metadona é a droga mais utilizada para tratamento da dependência de opioides na gestação^{6,10} (D). Quando iniciada durante a gravidez, a terapia resulta em maior adesão ao pré-natal, idade gestacional mais avançada no momento do parto, maior peso ao nascimento e maiores taxas de alta hospitalar de recém-nascidos acompanhados pelas mães¹⁹ (B). Apesar de os neonatos das usuárias de metadona apresentarem pesos inferiores aos do grupo controle, após um ano eles atingem a curva de crescimento adequado para sua faixa etária³ (D). Para prescrição da metadona é fundamental a participação de um psiquiatra, que, além de indicar a sua utilização, deverá ajustar a dosagem e monitorar a necessidade de modificações na terapia, principalmente nas proximidades do parto para prevenção da síndrome de abstinência neonatal^{17,18} (D). A buprenorfina é a medicação de segunda opção para tratamento da dependência de opioides na gravidez. Apresenta como vantagem a menor possibilidade de *overdose*. Entretanto, há menos dados disponíveis a respeito da segurança em longo prazo quando é utilizada na gestação^{10,18,20} (D, D, B).

Anfetaminas

São drogas simpaticomiméticas que agem como estimulantes do SNC. Um dos seus principais representantes é a metanfetamina, um conhecido agente neurotóxico, cujo uso crônico pode danificar as terminações neuronais cerebrais que contêm dopamina. Nos EUA, as internações de grávidas por abuso de metanfetamina em serviços financiados pelo governo federal aumentaram de 8% em 1994 para 24% em 2006²¹ (D). Os principais efeitos das anfetaminas são aumento da atividade motora, euforia, excitação, anorexia e, com administração prolongada, indução de comportamento psicomimético e estereotipado. Embora não haja relatos de ação teratogênica das anfetaminas, quando são utilizadas em altas doses, ocorrem aumentos das taxas de parto pré-termo e de baixo peso ao nascimento. Segundo um estudo prospectivo, a exposição à metanfetamina aumenta em 3,5 vezes a prevalência de fetos pequenos para a idade gestacional, mesmo após ajustamento para fatores como o uso de álcool e tabaco e o ganho de peso materno²² (C). Além do déficit ponderal, em pesquisas com animais e em alguns estudos humanos foram descritos outros efeitos adversos neonatais, como agitação, *stress* e pior qualidade de movimentação nos primeiros dias de vida, cujas gravidades são dependentes das doses utilizadas²¹ (D).

Rastreamento do uso das drogas ilícitas

Até o presente, não se identificou uma metodologia ideal para rastreamento do uso de drogas ilegais³. Entre as estratégias usadas para se atingir este objetivo sobressaem as abordagens clínicas, constituídas pela entrevista e pelo exame físico, e laboratorial, que devem ser empreendidas o mais precocemente possível durante a gestação e, idealmente, antes da concepção.

Rastreamento clínico

De modo geral, uma entrevista médica livre de pré-julgamentos e preconceitos é o procedimento que permite o rastreio de uma proporção maior de gestantes usuárias de substâncias ilícitas^{3,6} (D). A garantia inicial de sigilo profissional é essencial. Para maior efetividade do rastreamento, cabe ao pré-natalista desenvolver seu próprio método de entrevista, baseando-se na sua experiência profissional e no seu estilo pessoal. Além do cuidado com a neutralidade do discurso, o questionamento sobre uso de substâncias ilegais deve sempre começar pelas drogas de menor ilicitude. Portanto, é recomendável iniciar os questionamentos sobre o uso de tabaco e bebidas alcoólicas, perguntar a seguir sobre a utilização da maconha, por sua alta prevalência e menor taxa de rejeição social, e finalizar com a interrogação sobre as substâncias com maior potencial danoso, como a cocaína e derivados.

Durante a entrevista, devem ser pesquisadas algumas características epidemiológicas que são comumente observadas entre as gestantes usuárias de substâncias ilícitas: não realização, início tardio e/ou baixa adesão às consultas pré-natais; mau desempenho escolar ou no trabalho; mau histórico obstétrico, como abortamentos sem causa aparente, restrição do crescimento fetal, parto pré-termo, descolamento prematuro de placenta, natimortalidade e parto taquitéico; filhos com disfunções neurológicas e comportamentais ou que não moram com a mãe ou estão sob cuidados de entidades de proteção à infância; antecedentes de doenças que podem ser causadas pelo uso de drogas (por ex.: pancreatite, abscessos cutâneos, endocardite bacteriana etc.) e doenças sexualmente transmissíveis; história familiar de adição a drogas, principalmente por parte dos parceiros, que muitas vezes iniciam as paciente no uso/abuso das substâncias ilegais; e histórico de passagens policiais e/ou encarceramento prévios.

Ainda durante a entrevista pré-natal inicial, podem ser empregados vários questionários como ferramentas de auxílio no rastreamento do uso de drogas ilícitas¹³ (C). Entretanto, como são utilizados na população geral, até o momento nenhum deles foi validado para aplicação em gestantes. Um dos questionários mais conhecidos e utilizados com o objetivo de rastrear dependentes do álcool é denominado CAGE (C de *Cut down*; A de *Annoyed*; G de *Guilty*; E de *Eye opener*) e foi adaptado para a identificação de usuários de drogas (*The CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs*; acrônimo CAGE-AID). Cada item é avaliado como 0 (zero) e 1 (um) para as respostas “não” e “sim”, respectivamente, e um total igual ou maior que 2 (dois) é considerado clinicamente significativo de problemas com álcool ou drogas ilícitas²³ (A) (Quadro 1).

Quanto ao exame físico, a identificação de vários sinais e sintomas permite ao pré-natalista suspeitar sobre o consumo das drogas de abuso. Alterações do comportamento habitual da gestante, sintomas depressivos, perdas de apetite e peso, além de modificações do padrão do sono podem ser observados nas usuárias de substâncias ilegais. Os sinais e sintomas de consumo recente variam conforme a droga envolvida, mas, de forma geral, deve-se atentar para agitação ou sedação, fala arrastada, comportamento irracional, taquicardia, sudorese, alterações pupilares, injeção conjuntival, lacrimejamento, coriza e marcha atípica, entre outros.

Dependendo da via de administração da droga, alguns sinais mais específicos podem ser identificados pelo exame físico. O uso da maconha e do *crack* pode produzir marcas de queimadura na boca e nos dedos e problemas respiratórios. A inalação da cocaína pode causar atrofia da mucosa nasal e perfuração do septo nasal. O uso de drogas injetáveis permite a identificação de feridas das punções, que podem apresentar infecção secundária e fibrose dos trajetos vasculares. Um exame físico mais minucioso

Quadro 1 - The CAGE Questionnaire Adapted to Include Drugs (CAGE-AID)

Componentes	Sim	Não
C (<i>Cut down</i>): Você já tentou interromper o uso de drogas?		
A (<i>Annoyed</i>): Você fica aborrecida quando as pessoas comentam sobre o seu uso de drogas?		
G (<i>Guilty</i>): Você se arrepende das coisas que fez quando usou drogas?		
E (<i>Eye-opener</i>): Você precisa usar drogas para acordar e sentir-se disposta pela manhã?		

é necessário nos casos de maior suspeição, pois as punções podem ser realizadas em locais menos típicos. Deve-se também atentar para os sinais e sintomas de doenças sexualmente transmissíveis, com destaque para as lesões exofíticas e ulceradas periorificiais, principalmente o cancro sífilítico.

Rastreamento laboratorial

Não se recomenda a indicação rotineira dos testes toxicológicos no rastreamento universal do uso de substâncias ilícitas. Esta abordagem deve ter caráter complementar e ser utilizada apenas quando houver uma indicação clínica precisa³ (D).

Além das várias limitações relativas à aplicação dos testes toxicológicos, que incluem resultados imprecisos, o seu uso indiscriminado pode refletir negativamente na adesão das pacientes à assistência. É aconselhável a obtenção de termo de consentimento livre e esclarecido e a sua anexação ao prontuário da paciente antes da realização do exame. São consideradas situações de exceção a existência de risco imediato de morte e a impossibilidade de obtenção do documento, devido à presença de sinais de intoxicação que exijam tratamento imediato. No caso dos testes toxicológicos neonatais, a autorização materna pode ser substituída pelo consentimento de pessoa ou entidade que tiver a responsabilidade legal sobre a criança. Entretanto, esta decisão deve ser sempre informada à mãe³ (D).

Entre os materiais biológicos que podem ser utilizados na detecção neonatal de substâncias ilícitas merecem destaque a urina, o cabelo e o mecônio. A análise da urina aponta apenas para exposição recente às drogas, enquanto as amostras de cabelo do recém-nascido e de mecônio podem colaborar com a estimativa temporal do uso dessas substâncias pela grávida, devido à sua formação no segundo e terceiro trimestres gestacionais, respectivamente. Entretanto, os altos custos e a propensão para resultados falsos positivos dificultam o uso mais frequente dos testes neonatais em cabelo e mecônio³ (D). Por esses motivos, além da sua maior disponibilidade e do fato de não serem exames invasivos, os testes urinários são os mais amplamente executados. São capazes de detectar o uso recente de cocaína e seus meta-

bólitos, anfetaminas, maconha, barbitúricos e opioides. Com a finalidade de verificar o uso materno nos dois dias antecedentes ao parto, a urina neonatal deve ser colhida nas primeiras 24 horas após o nascimento. No entanto, um resultado positivo em amostra única, sem a presença de suspeita clínica e obtida pelos métodos supracitados apresenta baixo valor preditivo positivo.

Manejo obstétrico

Após a identificação da gestante usuária de substâncias ilícitas é recomendada uma abordagem mais completa e individualizada. Inicialmente, devem ser estimadas as seguintes características para cada uma das drogas envolvidas: quantidade, dose, via de administração e tentativa(s) prévia(s) de interrupção do consumo. Quanto à quantidade, é aconselhável conhecer os termos usados localmente pelos usuários para denominar as substâncias ilegais e quais as medidas ou porções que são utilizadas na sua comercialização, sem omitir perguntas sobre termos desconhecidos para o pré-natalista. Outra estratégia auxiliar na quantificação mais precisa do consumo consiste no questionamento sobre o gasto habitual da paciente com a compra das drogas. A frequência diária, a duração do consumo e o momento da última utilização também devem ser pesquisados. Já a via de administração deve ser caracterizada como oral, intranasal, subcutânea ou endovenosa. É essencial verificar se a paciente em algum momento usou drogas injetáveis e, principalmente, se compartilhou agulhas, devido ao risco adicional das doenças de transmissão parenteral. Da mesma forma, é necessário verificar se a paciente já manifestou desejo de afastar-se das drogas, se frequentou grupos de auxílio para dependentes químicos ou se houve internações prévias em clínicas de desintoxicação. No caso de tentativas anteriores de descontinuação do abuso, deve-se também pesquisar qual foi o maior período de abstinência e quais foram os fatores que facilitaram ou dificultaram a sua ocorrência.

O seguimento obstétrico das gestantes envolvidas com substâncias ilegais representa um grande desafio, pois inúmeros fatores podem prejudicar a adesão da paciente às recomendações da equipe pré-natalista. Porém, a própria gestação é um fator positivo determinante e pode motivar a interrupção temporária ou definitiva do uso das drogas ilícitas. Um estudo 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, o que confirma o reforço positivo da gravidez na diminuição da dependência de drogas ilícitas³ (C).

Dessa forma, cabe ao obstetra tentar se adequar às dificuldades de comparecimento às consultas e, em conjunto com os demais participantes da equipe assistencial, propiciar uma frequência

de atendimento adequada para cada paciente. O discurso médico deve ser acolhedor, estimular a força de vontade da grávida e enfatizar os benefícios da abstinência. O atendimento deve ser realizado em um único local, o que reforça a necessidade da existência de centros adequadamente preparados e com profissionais devidamente capacitados. Todas essas estratégias são comprovadamente custo-efetivas e resultam em benefícios maiores para mãe e recém-nascido.

As avaliações clínica e laboratorial das doenças de transmissão parenteral e sexual são prioritárias, em função da sua maior prevalência quando comparada à população geral. Está recomendada a investigação de sífilis, HIV, hepatites B e C, clamídia e gonorreia, cuja repetição dependerá da persistência das condições de risco³ (D). Na presença de suspeita clínica ou de positividade de um ou mais dos exames laboratoriais, devem ser instituídas rapidamente condutas profiláticas e terapêuticas que incluam familiares de contato próximo, visando a redução das transmissões horizontal e vertical das doenças.

As pacientes devem receber orientações acerca dos riscos periconcepcionais, anteparto e pós-parto causados pelas substâncias que estão utilizando. As avaliações das condições maternas e da vitalidade fetal serão pautadas pela análise constante e individualizada desses riscos. A frequência e o conteúdo das consultas e a solicitação dos exames complementares — principalmente as propedêuticas ecográfica e cardiocardiográfica — devem obedecer às diretrizes para gestações de alto risco obstétrico. É fundamental neste grupo de gestantes a solicitação de ultrassonografia precoce, visando a datação correta da gestação e, também, a adequação do acompanhamento do crescimento fetal.

A tônica do tratamento do uso abusivo de drogas ilegais durante a gravidez deve ser a redução de danos, que é caracterizada idealmente pelo encorajamento à abstinência. Caso não seja possível a interrupção do consumo, deve-se objetivar, pelo menos, a sua redução, o uso seguro e o aconselhamento e/ou terapia farmacológica³ (D).

Quando ocorre a descontinuação do uso das substâncias ilícitas, há duas fases que necessitam ser diagnosticadas e conduzidas de forma adequada: a síndrome de abstinência e a prevenção da recorrência. A condução da primeira fase deve ser realizada pela psiquiatria. A abstinência causada pelos opioides pode requerer manejo medicamentoso, enquanto a suspensão do uso da maconha e da cocaína e derivados pode exigir, além de acompanhamento psicoterápico, a presença em sessões de grupos de ajuda formados por ex-dependentes e até a internação em centros de desintoxicação. A fase de prevenção da recorrência baseia-se no estímulo à manutenção do tratamento e na busca de apoio familiar ou dos grupos de ajuda. A participação

dos parceiros e dos familiares é fundamental na recuperação das gestantes após a interrupção do uso das drogas ilegais. Grávidas com parceiros usuários apresentam uma probabilidade cinco vezes maior de também consumir drogas ilícitas do que as gestantes cujos parceiros não são usuários. Quando os parceiros continuam usuários, a procura das gestantes por ajuda especializada é mais tardia²⁴ (A). A ausência de suporte social também retarda a busca pelo auxílio profissional adequado e dificulta a manutenção do tratamento³ (D).

Em relação às medidas restritivas de liberdade, as ameaças de encarceramento e de perda da custódia dos filhos contribuem apenas para enfraquecimento da relação médico-paciente e para redução da adesão ao pré-natal e do seguimento psiquiátrico, com consequente piora dos resultados gestacionais²⁵ (D). Além de menos efetivas, as condutas restritivas são mais dispendiosas do que o tratamento das usuárias de drogas, o qual gera uma economia média de 4.644 dólares em custos médicos relativos a cada binômio mãe-filho. Ademais, as mulheres que detêm a guarda dos filhos completam seus tratamentos em taxas mais altas do que aquelas afastadas da prole⁸ (D).

No período periparto, todas as informações coletadas sobre o uso de drogas ilícitas durante a assistência pré-natal devem ser repassadas à equipe de neonatologistas, visto que algumas delas podem causar síndrome de abstinência neonatal, como no consumo materno de opioides. As maternidades devem também desenvolver protocolos de assistência aos neonatos expostos às drogas ilegais durante a gravidez. A indicação da via de parto é obstétrica. A técnica mais adequada para controle da dor intraparto é a anestesia peridural, principalmente para as dependentes de opioides, que podem requerer frequência e doses maiores de analgésicos³ (D).

No entanto, a assistência às usuárias das drogas de abuso não deve se restringir apenas à gestação e ao trabalho de parto, porque as complicações relacionadas à adição tendem a persistir após o nascimento¹⁰ (D). No puerpério imediato, devem ser abordados alguns pontos importantes, como a manutenção do contato entre o recém-nascido e a mãe, caso este seja seu desejo, além da decisão conjunta sobre o estímulo à amamentação. O envolvimento dos familiares e do serviço de assistência social permitirá agregar informações relevantes quanto à possibilidade da mãe permanecer cuidando do recém-nato num primeiro momento e de manter a sua guarda definitiva. Na ausência de suporte familiar ou de garantias quanto à preservação da saúde do neonato, devem ser convocados os serviços de proteção à infância, que definirão sobre a custódia temporária ou definitiva do recém-nascido.

Quanto à amamentação, cabe ao obstetra e ao neonatologista a verificação dos resultados das sorologias e do momento em que ocorreu o último consumo da(s) droga(s). Caso a positividade das sorologias para HIV e/ou HTLV seja confirmada por técnicas específicas, a amamentação deve ser contraindicada de forma definitiva. Se for constatado o uso recente ou atual de substâncias ilícitas, a amamentação só deverá ser liberada após uma avaliação criteriosa dos efeitos de cada droga utilizada sobre o recém-nascido³ (D). Esta conduta poderá ser alterada se houver interrupção posterior do consumo de drogas de abuso.

Outro ponto fundamental na assistência a este grupo de pacientes é a orientação sobre contracepção, que deve envolver o seu núcleo familiar. Constituem funções indelegáveis dos tocoginecologistas o estímulo à contracepção no puerpério imediato e a promoção de um planejamento familiar efetivo e para longo prazo, além da orientação sobre as medidas de proteção contra doenças sexualmente transmissíveis.

Adicionalmente, é necessário certificar-se de que, após a alta hospitalar, haverá o seguimento continuado das mães, dos recém-nascidos e de suas famílias em serviços especializados no tratamento de usuárias de substâncias ilícitas.

Considerações finais

O aumento do consumo das drogas ilícitas na gravidez tem abrangência global e, devido às suas graves consequências, requer a implementação de ações mais efetivas nos níveis local, nacional e internacional. No entanto, os serviços de assistência ao ciclo gravídico-puerperal não têm se adaptado adequadamente a este desafio, acarretando prejuízos de curto e de longo prazos à assistência prestada às usuárias e a seus filhos. O rastreamento universal do consumo de drogas ilegais na gestação persiste como procedimento raro, em grande parte devido ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre a prevalência e o curso da adição, os recursos terapêuticos e as taxas de sucesso dos tratamentos disponíveis.

Nesse contexto, aos tocoginecologistas cabe a função intransferível de principais cuidadores do binômio materno-fetal, adquirindo conhecimentos adequados acerca da detecção e do tratamento do consumo das drogas ilícitas e estabelecendo uma relação médico-paciente desprovida de preconceitos e baseada em confiança recíproca. Dessa forma, após a confirmação diagnóstica, estarão capacitados a empreender intervenções iniciais e encaminhar as usuárias e seus familiares para assistência médica especializada, que deverá ter continuidade mesmo após o nascimento.

Leituras suplementares

- Floyd RL, Jack BW, Cefalo R, Atrash H, Mahoney J, Herron A et al. The clinical content of preconception care: alcohol, tobacco, and illicit drug exposures. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;199 (Suppl 2): S333-9.
- Minnes S, Min MO, Singer LT, Edguer M, Wu M, Thi P. Cocaine use during pregnancy and health outcome after 10 years. *Drug Alcohol Depend*. 2012;126(1-2):71-9.
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Substance Use in Pregnancy. SOGC Clinical Practice Guideline No. 256. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33(4):367-384.
- Schempf AH, Strobino DM. Illicit drug use and adverse birth outcomes: is it drugs or context? *J Urban Health*. 2008;85(6):858-73.
- Ebrahim SH, Gfroerer J. Pregnancy-related substance use in the United States during 1996-1998. *Obstet Gynecol*. 2003;101(2):374-9.
- Kuczkowski KM. The effects of drug abuse on pregnancy. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(6):578-85.
- Bastos FI, Bertoni N, Hacker MA, Grupo de Estudos em População, Sexualidade e Aids. Consumo de álcool e drogas: principais achados de pesquisa de âmbito nacional, Brasil 2005. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(Suppl 1):109-17
- American College of Obstetricians and Gynecologists. At-Risk Drinking and Illicit Drug Use: Ethical Issues in Obstetric and Gynecologic Practice. ACOG Committee Opinion No.422. *Obstet Gynecol*. 2008;112(6):1449-60.
- Schempf AH. Illicit Drug Use and Neonatal Outcomes. *Obstet Gynecol Survey*. 2007;62(11):749-57.
- Wright A, Walker J. Management of women who use drugs during pregnancy. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2007;12(2):114-8.
- El-Mohandes A, Herman AA, Nabil El-Khorazaty M, Katta PS, White D, Grylack L. Prenatal care reduces the impact of illicit drug use in perinatal outcomes. *J Perinatol*. 2003;23(5):354-60.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Substance abuse reporting and pregnancy: the role of the obstetrician-gynecologist. ACOG Committee Opinion No. 473. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):200-1.
- Armstrong MA, Osejo VG, Lieberman L, Carpenter DM, Pantoja PM, Escobar GJ. Perinatal substance abuse intervention in obstetric clinics decreases adverse neonatal outcomes. *J Perinatol*. 2003;23(1):3-9.
- Yamaguchi ET, Cardoso MMS, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. *Rev Psiq Clin*. 2008;35(Suppl 1):44-7.
- Spritzer DT, Peruzzo J, Peres RM. Álcool, fumo e outras drogas. In: Schüler-Faccini L et al. (editores). *Manual de teratogênese em humanos – FEBRASGO*. 2011. p. 383-95.
- Messinger DS, Bauer CR, Das A, Seifer R, Lester BM, Lagasse LL et al. The Maternal Lifestyle Study: Cognitive, Motor, and Behavioral Outcomes of Cocaine-Exposed and Opiate-Exposed Infants Through Three Years of Age. *Pediatrics*. 2004;113(6):1677-85.
- Center for Substance Abuse Treatment. Medication-assisted treatment for opioid addiction during pregnancy. In: SAHMSA/CSAT treatment improvement protocols. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2008 [Cited 2012 Dec. 24]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK26113>.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Opioid Abuse, Dependence, and Addiction in Pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 524. *Obstet Gynecol*. 2012;119(5):1070-6.
- Fajemirokun-Odudeyi O, Sinha C, Tutty S, Pairaudeau P, Armstrong D, Phillips T et al. Pregnancy outcome in women who use opiates. *Eur J Gynecol Reprod Biol*. 2006;126(2):170-5.
- Bartu AE, Ilett KF, Hackett LP, Doherty DA, Hamilton D. Buprenorphine exposure in infants of opioid-dependent mothers at birth. 2012;52(4):342-7.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Methamphetamine Abuse in Women of Reproductive Age. ACOG Committee Opinion No. 479. *Obstet Gynecol*. 2011;117(4):751-5.
- Smith LM, LaGasse LL, Derauf C, Grant P, Shah R, Arria A et al. The infant development, environment, and lifestyle study: effects of prenatal methamphetamine exposure, polydrug exposure, and poverty on intrauterine growth. *Pediatrics*. 2006;118(3):1149-56.
- Brown RL, Leonard T, Saunders LA, Pappasoulotis O. A Two-Item Conjoint Screen for Alcohol and Other Drug Problems. *J Am Board Fam Pract*. 2001;14(2):95-106.
- Tuten M, Jones HE. A partner's drug-using status impacts women's drug treatment outcome. *Drug Alcohol Depend*. 2003;70(3):327-30.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Maternal decision making, ethics, and the law. ACOG Committee Opinion No. 321. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5):1127-37.