

CARLOS GUSTAVO DA SILVA MARTIN DE ARRIBAS

**PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS COMO O ÁLCOOL, COCAÍNA/CRACK E
CANNABIS SATIVA NA GESTAÇÃO.**

Recife

2019

CARLOS GUSTAVO DA SILVA MARTIN DE ARRIBAS

**PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS COMO O ÁLCOOL, COCAÍNA/CRACK E
CANNABIS SATIVA NA GESTAÇÃO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para a obtenção para o título de Mestre em Inovação Terapêutica.

Orientadora: Prof^a. Dra. Valéria Pereira Hernandes

Co-Orientadora: Prof^a Dra. Maria Rosimery de Carvalho

Recife

2019

Catálogo na fonte:
Bibliotecário Bruno Márcio Gouveia, CRB-4/1788

Arribas, Gustavo da Silva Martin de
Prevalência do uso das drogas como o álcool, cocaína/crack e Cannabis sativa na
gestação / Carlos Gustavo da Silva Martin de Arribas. – 2019.

107 f. : il.

Orientadora: Valéria Pereira Hernandes.

Coorientadora: Maria Rosimery de Carvalho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro
de Biociências. Programa de Pós-graduação em Inovação Terapêutica,
Recife, 2019.

Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Gestação. 2. Drogas – Abuso. 3. Alcoolismo. I. Hernandes, Valéria Pereira
(orientadora). II. Carvalho, Maria Rosimery de (coorientadora). III. Título.

618.2

CDD (22.ed)

UFPE/CB-2020-037

CARLOS GUSTAVO DA SILVA MARTIN DE ARRIBAS

**PREVALÊNCIA DO USO DE DROGAS COMO O ÁLCOOL, COCAÍNA/CRACK E
CANNABIS SATIVA NA GESTAÇÃO.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica da Universidade Federal de Pernambuco, como parte dos requisitos parciais para a obtenção para o título de Mestre em Inovação Terapêutica.

Aprovado em: 29/03/2019.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Valéria Pereira Hernandes (Orientadora)
Instituto Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Prof^a. Dra. Angela Luzia B.P. Buarque (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o Dr. Frederico Duarte Garcia (Examinador Externo)
Universidade Federal de Minas Gerais

Prof^o Dr. Amaury Cantilino da Silva Junior (Examinador Externo)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este projeto, primeiramente a DEUS que é o grande autor e o fiel consumidor de tudo em minha vida e a toda minha família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus que tem sido maravilhoso, tendo me concedido a maior benção que é conhecê-lo em verdade e liberdade. Por ter me ajudado a concluir mais esta etapa em minha vida.

A meus pais: Mosart das Chagas Martin de Arribas (*In Memoriam*) e minha amada mãe Edleuza Maria da Silva por todo amor, carinho, pelas orações diárias e incessantes por mim e por toda a dedicação e sacrifícios em fazer de mim o homem e profissional temente a DEUS e zeloso com meu viver.

Aos meus amados e queridos irmãos Carolina Maria da Silva Martin de Arribas e Bruno Felipe da Silva Martin de Arribas, por todo carinho, amor, dedicação e paciência durante todos estes anos pelas minhas ausências.

A minha amada esposa Viviane Lúcia que tanto amo e que tem sido uma incansável guerreira e amiga nos momentos mais difíceis de minha vida e na dos meus filhos Maria Clara e Douglas Arribas, motivação de minha vida e fonte inesgotável de alegria e amor.

A todos os meus familiares que me acompanharam desde o meu nascimento até ao presente momento, que viram toda a minha trajetória, lutas, dificuldades e conquistas para me tornar o homem que sou hoje.

Às Dras. Valéria Pereira Hernandez e Maria Rosimery de Carvalho, pelas orientações e paciência durante esta pesquisa.

Ao grupo de Estatística da FIOCRUZ-Recife na pessoa de George Tadeu Diniz, por todas as análises realizadas.

Ao SEINFO da FIOCRUZ-Recife, na chefia de Eduardo Jaime Ferraz na presteza das impressões necessárias para a conclusão deste trabalho.

Ao presidente da América Biomedica, o Sr. Herculano dos Anjos pela grande parceria e amizade que constituímos.

Aos professores Doutores Frederico Duarte Garcia e Amaury Cantilino por terem me dado a honra de fazerem parte de minha banca.

Ao diretor do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros-CISAM, Dr. Olímpio Barbosa de Moraes Filho e a Dra. Maria Luiza Bezerra Menezes, pela amizade e apoio.

À diretora da Maternidade Bandeira Filho Dra. Maria Inez da Silva.

À diretora do Hospital da Mulher do Recife Dra. Isabela Coutinho e a Dra. Cinthia Komuro.

À diretora geral do Hospital Agamenon Magalhães Dra. Cláudia Miranda e a Dra. Andrea Vasconcelos.

A todos que participaram do trabalho de campo: Minha querida mãe Edleuza, meu irmão Bruno, Ester Carvalho, Joanna Notari, Madalena, Ionara, Nathália, Anderson Lins e aos estudantes do curso de enfermagem da faculdade UNIBRA.

Ao professor de Estatística Marcelo Tavares por seus ensinamentos.

Aos meus professores e colegas de turma do PPGIT.

A todos os meus amigos em especial ao Thiago Santana, amigo desde o período de faculdade e que tanto me ajuda em momentos específicos, ao pastor Carlos Alberto e sua esposa Jael Henrique por todo carinho, atenção e amizade.

A Paulo Germano secretário do PPGIT por toda a sua atenção e presteza.

A Macia Jussara funcionária da biblioteca da FIOCRUZ- Recife por toda a sua atenção e carinho durante este período de estudos e pesquisas.

A todos os funcionários do PPGIT e da FIOCRUZ em especial a Elizabete Alves por toda a sua consideração, atenção e carinho a minha pessoa, facilitando ao máximo a minha acessibilidade de ir e vir.

E por fim, agradeço a todas as pacientes que aceitaram fazer parte desta pesquisa, pois, sem a participação de cada uma não teria sido possível a realização deste trabalho.

A rosa de Hiroshima

" Pensem nas crianças

Mudas telepáticas

Pensem nas meninas

Cegas inexatas

Pensem nas mulheres

Rotas alteradas

Pensem nas feridas

Como rosas cálidas"

(MORAES, 1960, p. 14)

RESUMO

Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde. Este estudo teve como objetivo, identificar e avaliar as consequências clínicas e laboratoriais decorrentes do uso das drogas como a cocaína, *Cannabis sativa* e o álcool na gestação. As entrevistas foram realizadas entre julho de 2017 a maio de 2018 nos hospitais: HMR, CISAM, MBF e HAM. Comparando os resultados obtidos entre o questionário ASSIST, que consiste em perguntas sócioeconômicas e demográficas, além de perguntas com relação ao uso de álcool e outras drogas e o teste rápido de urina, obtivemos positividade estatística nas variáveis estado civil, grau de escolaridade, programa social e tempo de USG. No estado civil, as positivities para uso de droga ao teste de urina variaram de 0 / 0% (separada) a 18/40,0% (solteira), enquanto ao ASSIST variou de 35/71,4% (casada) a 1/100,0% (separada). Com relação a escolaridade, a positividade para o uso de droga ao teste de urina variou de 1 (9,1%) “ensino fundamental 1º a 4º série” a 8 (66,7%) “curso técnico”. Enquanto no ASSIST a positividade variou de 11 (91,7%) “curso técnico” a 11 (100,0%) “ensino fundamental 1º a 4º série”. Os programas sociais, tanto no teste de urina quanto no ASSIST o auxílio doença apresentou a mesma prevalência 1 (100,0%). No entanto, a positividade para o teste de urina variou de 0 (0,0%) “Loas” a 37 (35,9%) “não recebe”. No ASSIST a positividade variou de 1 (50,0%) “Loas” a 45 (97,8%) “bolsa família”. O tempo de USG, a positividade para o uso de droga pelo teste de urina variou de 24 (28,0%) “24+ semanas” a 11 (68,8%) “≤ 12 semanas”. No ASSIST a positividade variou de 42 (84,0%) ≤ 12 semana a 14 (87,5%) 24+ semanas. Houve deficiência na realização das USG durante os pré-natais, como não-realização do exame e a escassez de informações nos laudos. Os dados antropométricos, demonstraram não haver diferenças entre os positivos e negativos em ambos os testes. A detecção precoce destas pacientes com relação uso de drogas durante o pré-natal pode permitir uma intervenção mais efetiva, reduzindo riscos à saúde para a mãe e o bebê.

Palavras-chave: Gestantes. Drogas Licitas e Ilícitas. Teste Rápido. Auto Relato.

ABSTRACT

In the last decades, the growth of drug abuse has been a serious problem that requires integrality in the actions of public policies to minimize the consequences of possible health problems. The objective of this study was to identify and evaluate the clinical and laboratory consequences of the use of drugs such as cocaine, Cannabis sativa and alcohol during pregnancy. The interviews were conducted between July 2017 and May 2018 in hospitals: HMR, CISAM, MBF and HAM. Comparing the results obtained between the ASSIST questionnaire, which consists of socioeconomic and demographic questions, as well as questions regarding alcohol and other drug use and the rapid urine test, we obtained statistical positivity in the variables marital status, educational level, social program and time of USG. In the marital status, the positives for drug use in the urine test ranged from 0/0% (separated) to 18 / 40.0% (single), while ASSIST ranged from 35 / 71.4% (married) to 1 / 100.0% (separated). With regard to schooling, the positivity for drug use in the urine test ranged from 1 (9.1%) "elementary school to the fourth grade" to 8 (66.7%) "technical course". While in ASSIST the positivity ranged from 11 (91.7%) "technical course" to 11 (100.0%) "elementary school from the 1st to the 4th grade". Social programs, both in the urine test and in the ASSIST the disease aid presented the same prevalence 1 (100.0%). However, the positivity for the urine test ranged from 0 (0.0%) "Loas" to 37 (35.9%) "did not receive". In ASSIST the positivity ranged from 1 (50.0%) "Loas" to 45 (97.8%) "family grant". The USG time, the positivity for drug use by the urine test ranged from 24 (28.0%) "24+ weeks" to 11 (68.8%) " \leq 12 weeks".

In ASSIST the positivity ranged from 42 (84.0%) \leq 12 weeks to 14 (87.5%) 24+ weeks. There was a deficiency in the performance of the USG during the prenatal period, such as failure to perform the exam and the lack of information in the reports. The anthropometric data showed no difference between the positive and negative results in both tests. Early detection of these patients with drug use during prenatal care may allow a more effective intervention, reducing health risks for the mother and the baby.

Keywords: Pregnant women. Legal and Illicit Drugs. Quick Test. Self Report.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Hospital da Mulher do Recife- Dra. Mercês Pontes Cunha.....	47
Figura 2- Hospital Agamenon Magalhães.....	48
Figura 3- Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM).....	50
Figura 4- Maternidade Bandeira Filho.....	51
Figura 5- Instrumentos de Avaliação em Saúde Mental- Test ASSIST.....	52
Figura 6- Rapid Drug Screen (RDS), contendo um coletor de urina e as fitas testes para cinco drogas mais álcool.....	53

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1- Prevalências das variáveis biológicas e socioeconômicas das mulheres submetidas ao Teste ASSIST e Prevalência de uso no Teste Rápido de Urina–Recife 2017/2018.....58
- Tabela 2- Distribuição quanto aos valores mínimos, máximos, médias, mediana, desvio padrão e erro padrão referente as variáveis clínicas, imagem, peso e altura nas gestantes submetidas ao teste ASSIST - Recife 2017/2018.....60
- Tabela 3- Distribuição das prevalências relacionadas ao Teste ASSIST e o Uso de Drogas- Recife -2017/2018.....61
- Tabela 4- Associação do uso de drogas (teste de urina e auto relato) com as variáveis socioeconômicas e biológicas e a comparação entre as distribuições do teste rápido de urina.....64
- Tabela 5- Associação das variáveis biológicas e socioeconômicas como o diagnóstico do Teste ASSIST em relação dos Anfetamínicos (Amp), *Cannabis sativa* (THC) e outras drogas – Recife-2017/2018.....68
- Tabela 6- Correlação do peso fetal, idade gestacional (semanas) estratificado por uso de droga segundo ASSIST. Recife 2017/2018.....70
- Tabela 7- Avaliação das médias/medianas do peso, altura, pressão sistólica, diastólica, peso fetal e idade estratificado pelo resultado do Teste Rápido– Recife 2017/2018.....71
- Tabela 8- Avaliação das médias/medianas do peso, altura, pressão sistólica, diastólica, peso fetal e idade estratificado pelo resultado do auto relato pelo ASSIST– Recife 2017/2018.....72

LISTA DE SIGLAS

ABMC	American BioMedica Corporacion
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ASSIST	Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID 10	Classificação Internacional de Doenças na Décima Edição
CISAM	Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros
DPP	Descolamento Prematuro de Placenta
EUA	Estados Unidos da América
FDA	Food and Drug Administration
FENSG	Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças
FESP	Fundação de Ensino Superior de Pernambuco
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HAM	Hospital Agamenon Magalhães
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humano
HMR	Hospital da Mulher do Recife
IAPI	Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
IBNADS	Inquérito Brasileiro Sobre Álcool e Drogas
IPV	Violência entre Parceiros Íntimos
LSD	Dietilamida

MBF	Maternidade Bandeira Filho
MLS	Maternal Lifestyle Study
MS	Ministério da Saúde
NIDA	Instituto Nacional Sobre Abuso de Drogas
NSDUH	Pesquisa Nacional Sobre Uso de Drogas e Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAD	Política Nacional sobre Drogas
RAPS-	Rede de Atenção Psicossocial
RCIU	Retardo de Crescimento Fetal Intrauterino
RD	Redução de Danos
RDS	Rapid Drug Screen
SAF	Síndrome Alcoólica Fetal
SENAD	Secretaria Nacional sobre o Álcool
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SISNAD	Sistema Nacional de políticas Sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SPA	Substâncias Psicoativas
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crimes
UPE	Universidade de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
1.1 HISTÓRICO DO CONSUMO DE DROGAS.....	20
1.2 HISTÓRICO DO CONSUMO DO ÁLCOOL.....	23
1.3 HISTÓRICO NO CONSUMO DE ÁLCOOL E DROGAS NO BRASIL.....	24
1.4 EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO.....	26
1.5 USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO.....	29
1.6 POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE USO DE DROGAS NO BRASIL.....	37
1.7 OBJETIVOS.....	43
1.7.1 Objetivo Geral.....	43
1.7.2 Objetivos Específicos.....	43
2 JUSTIFICATIVA.....	44
3 METODOLOGIA.....	46
3.1 TIPO DE ESTUDO.....	46
3.2 HOSPITAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	46
3.2.1 Hospital da Mulher do Recife-Dra. Mercês Pontes Cunha.....	46
3.2.2 Hospital Agamenon Magalhães-HAM.....	47
3.2.3 Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros- CISAM.....	48
3.2.4 Maternidade Bandeira Filho.....	50
3.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA.....	51

3.4 APLICAÇÃO DO TESTE ASSIST E TESTE RÁPIDO.....	51
3.5 QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE PARA COLETA DOS DADOS.....	54
3.6 EXAMES DE IMAGEM E AVALIAÇÃO DAS PACIENTES.....	54
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	54
3.8 VIABILIDADE DO PROJETO.....	56
3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	56
4 RESULTADOS.....	57
4.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO TESTE ASSIST COM O CONSUMO INDIVIDUAL DAS SUBSTÂNCIAS.....	60
4.2 AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO ASSIST E OS RESULTADOS DETECTADOS PELO TESTE RÁPIDO DE URINA.....	62
4.3 COMPARATIVIDADE ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS ENTRE O QUESTIONÁRIO ASSIST E A TESTAGEM RÁPIDA DE URINA.....	62
4.4 ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM DECORRENTES DO CONSUMO DE DROGAS.....	67
4.5 ALTERAÇÕES CLÍNICAS DECORRENTES DO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS.....	71
5 DISCUSSÃO.....	74
6 CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO APLICADO COM AS PACIENTES.....	96
ANEXO A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	102
ANEXO B- PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DO INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES (IAM/FIOCRUZ).....	106

1 INTRODUÇÃO

A palavra “droga” tem vários sentidos na língua portuguesa, que dependem do contexto de uso. As pessoas podem usar esse termo para se referir a alguma substância com qualidades ou potencialidades curativas, isto é, medicamentos, ou quando se referem a determinadas substâncias alteradoras de comportamento, ou seja, substâncias psicotrópicas (COSTA, 1998; SEIDL, 1999).

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. Droga é toda a substância que introduzida no organismo vivo, modifica uma ou mais das suas funções ou sistemas, independentemente de ser lícita ou ilícita. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde (KAPLAN, 1997; BRASIL, 2015).

Drogas como a cocaína e a maconha, permanecem relegadas ao campo da ilegalidade, não estando, com isso, livres para o consumo, elas são comercializadas constituindo-se como uma fonte de renda para muitas pessoas que podem estar à margem da sociedade. Essa situação perpetua o mercado do tráfico das drogas ou o tráfico de drogas proibidas (MINAYO; DESLANDES, 1998; CRIVES; DIMENSTEIN, 2003).

Embora predomine o sentido de que as drogas ilícitas são causadoras de violência, estudos vêm mostrando que o álcool, uma droga lícita, causa grandes prejuízos sociais, como metade dos homicídios, boa parte dos suicídios e a maior parte dos acidentes de trânsito. É a droga psicotrópica mais usada e desde o seu consumo consentido ou até mesmo incentivado, o usuário pode passar de ato recreacional à dependência química. O álcool ainda aparece na maior parte dos relatos de pessoas consideradas “drogadictos cruzados”, isto é, pessoas que são dependentes de mais de um tipo de droga (MINAYO; DESLANDES, 1998; VESPUCCI; VESPUCCI, 1999).

Outra droga atualmente muito consumida é a cocaína, um sal de hidrocloreto ou de carboxilato que é o crack. Foi o primeiro anestésico local descrito e exerce sua ação por meio do bloqueio na recaptação pré-sináptica de neurotransmissores (dopamina, norepinefrina e serotonina) no sistema nervoso central e periférico, determinando estimulação adrenérgica prolongada. É uma substância psicoativa euforizante, preparada à base da mistura da pasta de cocaína (ou basuco nos Andes) com outros aditivos químicos que resulta em um sal em pó. Após alguns tratamentos químicos com bicarbonato de sódio neste sal, o resultado é uma pedra, de cor branca ou amarelada, chamada Crack que dependendo dos ingredientes utilizados e sua proporção terá maior poder de drogadição e volatilidade de consumo (MARTINS-COSTA, 2013; CAMARGO, 2014).

Essa pedra possui os mesmos princípios ativos da cocaína, contudo, com efeitos diferentes devido a sua forma e composição, que por ser altamente vaporizável, isto é, por poder ser fumada, atinge o sistema nervoso central em 05-10 segundos, devido a rápida absorção pelas alvéolos pulmonares e pela corrente sanguínea, penetrando a barreira hematoencefálica e se tornando uma droga tão potente. A cocaína bem como as anfetaminas afetam o sistema serotoninérgico que está relacionado com a ansiedade e depressão, e principalmente, o sistema dopaminérgico que leva ao quadro de fissura por afetar o sistema límbico ou de recompensa cerebral (SCHEFFER, 2010; CAMARGO, 2014).

O crack possui alto ponto de combustão e baixa solubilidade em água, sendo utilizado pela via respiratória inalada. Sua biodisponibilidade é de 90% e as vias inalatória e endovenosa possuem início e pico de ação praticamente imediatos. A distribuição dos metabólitos do crack ocorre quase em todos os órgãos, apresentando efeitos cardiovasculares, neurológicos, pulmonares e o coma pode ocorrer durante os momentos de uso. Observam-se também a falta de cuidados de higiene e mudança nos hábitos alimentares. Alguns casos mais graves podem levar até mesmo à morte, devido à diminuição da atividade dos centros cerebrais, responsáveis pelo controle da respiração. Podem ser encontradas no sangue, no cabelo, suor, saliva, leite materno, urina e no mecônio fetal (MARTINS-COSTA, 2013; CAMARGO, 2014).

O crack causa uma dependência mais rápida que a cocaína e as demais drogas lícitas, levando o indivíduo a querer utilizar novamente em poucos minutos, levando-o a um forte desejo pelo consumo, ou seja, a sensação de “fissura” ou *Craving*. Um dos primeiros efeitos, é a euforia, associado a sensação de poder e autoconfiança, aumento de prazer e excitação, falta de apetite, redução do frio e do sono e delírios de grandeza e paranóia, motivo pelo qual muitos moradores de rua utilizam a substância, como forma de amenizar e saciar suas necessidades básicas (NAPPO et al., 2004; MARTINS-COSTA, 2013).

A planta *Cannabis sativa*, antes conhecida como – cânhamo da Índia, mas hoje popularmente conhecida como maconha, é a droga ilícita mais consumida no Brasil, sendo resultante da maceração e adição de químicos as suas folhas. Esta droga é classificada como uma substância psicopertubadora, tendo em vista seus efeitos psicóticos e depressivos em detrimento da breve redução da ansiedade (TALBOTT, 1992; ANTHONY, 1994; SEMPLE, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 147 milhões de pessoas, ou seja, 2.5% da população mundial usam *Cannabis sativa*. Estudos mais recentes, nos Estados Unidos, mostram que 2-3% da população total faziam uso diário de maconha, que 46% dos adultos, entre 18 e 34 anos, consumiram uma vez na vida esta substância e que os adolescentes consomem mais *Cannabis* do que tabaco (AZOFEIFA, 2016; JOHNSTON, 2012; DONG, 2019).

Esta planta possui várias substâncias sendo as mais relevantes: delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ^9 THC) sintético aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) como droga antiemética e orexígena e o canabidiol (para espasmos e dor neuropática da esclerose múltipla). Entretanto, o número de emergências vem aumentando devido ao uso da maconha, devido a reprodução seletiva genética de 1990 a 2012 que aumentou o percentual de Δ^9 THC de 4% para 15% na planta (CASCINI, 2012; WHO, 2016).

Cabe ressaltar a distinção da relação do indivíduo com a droga, sendo possível dividir em 03 formas: Uso recreacional, uso abusivo ou nocivo e

dependência. Quanto ao primeiro, uso recreativo, pode-se definir que o usuário não apresentará danos biológicos, psicológicos ou sociais moderados a graves. Já no uso nocivo, ocorrerá prejuízos biopsicossociais graves, como absenteísmo, violência doméstica e negligência parental (AZEVEDO, 2011; BRASIL, 2018).

Quanto a Dependência cabe critérios determinados pela Classificação Internacional de Doenças na décima edição (CID10), sendo a tolerância e abstinência associado a forte compulsão pelo uso e incapacidade de parar. Por tolerância, entende-se que é uma adaptação do organismo com necessidade de consumir mais as drogas. Quanto a abstinência ou síndrome de abstinência é um conjunto de sinais e sintomas clínicos decorrentes da redução total ou parcial do uso das substâncias (KAPLAN, 1997; BRASIL, 2018).

1.1 HISTÓRICO DO CONSUMO DE DROGAS

No passado, havia em determinadas sociedades uma relação entre algumas substâncias em que era comum vincular a presença ou aquiescência do divino no que se refere ao abuso de substâncias psicotrópicas, tais como nas civilizações egípcia, chinesa e a greco-romana. No caso do álcool, deuses como *Osíris* para os egípcios e *Dionísio* para os gregos, teriam ofertado o vinho aos homens. Nas Américas, antes do descobrimento, as drogas eram consideradas como sagradas. Para os Incas a coca era um presente de Inti, o deus Sol (BERNARDO, 1997 a; FERREIRA; MARTINI, 2001).

Contudo, o hábito de consumir drogas transcendia o sentido do sagrado, do religioso e do recreativo. Comumente se buscava a cura de males diferentes do corpo e em diversas sociedades ela teve um valor terapêutico. Algumas pesquisas demonstram que a *C. sativa*, teve uso medicinal em épocas diferentes. Na Assíria, em 900 a.C., era usada como incenso e os chineses a utilizavam no tratamento de doenças há 4.000 anos. Além da procura dos supostos benefícios à saúde ou alteração dos estados de consciência, a maconha, chegou a ser motivação econômica para alguns povos como os Celtas, que faziam comércio de cordas e

estopa confeccionadas à base de cânhamo em 700 a.C (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003; MACRAE, 2001).

A literatura também descreve a trajetória de outras drogas como o ópio, Cocaína e o Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD). O ópio era consumido pelos gregos, principalmente líderes políticos e era utilizado também no tratamento de diversas doenças. Na Grécia Antiga, a maconha era utilizada em cultos aos deuses, em rituais públicos e celebrações de oferendas à natureza. Nessas cerimônias, ingeria-se uma bebida denominada “pansperma”, em que um dos componentes era a *C. sativa* (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003).

Na Roma Antiga, os cidadãos consumiam a *C. sativa* em reuniões sociais. Contudo, as plantas mais utilizadas pelos romanos para efeitos medicinais eram a papoula e a videira. A maconha chegou ao Oriente Médio através da Índia, e teve enorme aceitação pela população, uma vez que o álcool era proibido no Islamismo. Com a chegada do povo Árabe no Norte do Continente Africano, a *C. sativa* foi levada ao Egito e daí ao Marrocos (KALANT, 2011; MACRAE, 2001).

Esta droga se difunde pela Europa durante as cruzadas e no século XIII era comum encontrar nos livros de Medicina prescrições de *C. sativa* por feiticeiros e curandeiros para o tratamento de várias doenças. Os cirurgiões da época do Renascimento tornaram a utilizar o antigo costume chinês do cânhamo como elemento anestésico em cirurgias (ANTHONY, 1994; GONTIÈS; ARAÚJO, 2003).

A história da utilização da cocaína remete a um passado também longínquo. O abuso desta droga tem suas raízes nas grandes civilizações pré-colombianas dos Andes que há mais de 4500 anos, já conheciam e mascavam a folha extraída da planta *Erythroxylon coca* ou coca boliviana, para reduzir a fome e aumentar a capacidade de trabalho. Além do valor nutritivo, esses indígenas buscavam o bem estar e a ação euforizante que fazia parte de seus cotidianos. Numerosas lendas se referem à droga em associação aos mistérios sagrados da fertilidade, da

sobrevivência e da morte, assim como de práticas curativas (KARCH, 1989; FERREIRA et al, 2001).

A partir do século XIX, começaram a utilização de uma grande variedade de substâncias psicoativas como o éter, clorofórmio, óxido nitroso, opiáceos, cocaína e álcool, para diferentes finalidades como terapêuticas, artísticas, recreativas ou científicas. Duas ilustres personalidades da Psicologia fizeram experiências com substâncias psicoativas: William James estudou e experimentou o óxido nitroso, um gás hilariante e Freud pesquisou e fez publicações sobre a cocaína (FADIMAN; FRAGER, 1986; FERREIRA et al, 2001; FIORE, 2004; GONTIÈS et al, 2003;).

A princípio Freud se mostrou favorável à ampla utilização da cocaína, tendo experimentado os efeitos dessa substância em si mesmo, além de receitá-la a alguns de seus pacientes. Contudo, mudou seu posicionamento ao perceber que a cocaína ocasionava desvantagens como criar um quadro sério de dependência e desta forma, começaram a se correlacionar algumas substâncias psicoativas com marginalidade e racismo (FADIMAN; FRAGER, 1986; FERREIRA; MARTINI, 2001; FIORE, 2004; GONTIÈS; ARAÚJO, 2003).

Em uma de suas publicações sobre a cocaína, em 1884 Freud publicou um livro chamado “Uber Coca” (Sobre a Cocaína) defendendo o uso médico em decorrência das propriedades “estimulantes, afrodisíacas, anestésicas e indicando-a na terapêutica da asma, doenças consumptivas, desordens digestivas, exaustão nervosa, histeria, sífilis e mesmo o mal relacionado a altas altitudes” no mesmo ano, Karl Koller, percebeu que a cocaína anestesiava o olho humano, contribuindo para o início da anestesia local e nesta mesma década, William Halsted, um dos pais da cirurgia moderna, iniciou a era da cirurgia ocular com a utilização tópica da cocaína no olho humano (HAAS, 1995; MORIARTY, 1984;).

Neste mesmo contexto do século XIX Ângelo Mariani criou uma mistura de folhas de coca com vinho sendo chamado “Vin Mariani” repercutindo por todos os meios da época. Pouco depois com a lei seca dos Estados Unidos John Styth inventou o “soft drink” (sem álcool) composta aproximadamente de 60mg de cocaína

acompanhado de extrato de noz de cola, que era utilizada como tônico para o cérebro e os nervos. Dessa forma nasce a Coca-Cola e no ano de 1906 a cocaína foi substituída por cafeína mesmo que as folhas de coca “descocainizadas” continuem na formulação (HAAS, 1995; NICASTRI, 1999; MAIA, 1996; LARANJEIRA, 1996).

Segundo o relatório mundial sobre drogas e crimes de 2012, produzido pelas Nações Unidas (United Nations Office on Drugs and Crimes-UNODC) cerca 230 milhões de pessoas, isto é 5% dos adultos, fizeram uso de drogas ilícitas em 2010 pelo menos uma vez na vida (HUMENUK, 2004; UNODC, 2012; BOTELHO, 2013).

1.2. HISTÓRICO DO CONSUMO DO ÁLCOOL

O consumo de bebidas à base de álcool também é bastante antigo na história da humanidade, com registro desde o período Neolítico. O álcool seria a substância psicotrópica mais consumida pela humanidade em toda a história, entretanto, como os homens descobriram os efeitos do álcool no organismo é incerto. Provavelmente, a primeira bebida alcoólica tenha sido descoberta por acaso, onde algumas uvas esquecidas ou depositadas em algum buraco entre as rochas há cerca de 6.000 anos, sob ação do sol e criaturas invisíveis (fermentadores) formou uma massa pastosa que saciou a sede de algum homem primitivo. Estava então descoberto o efeito estimulante-depressor do álcool (CHAVIRA-ROMERO, 2004; MARQUES, 2001; RIVIERA-FLORES; VALE et al, 2003).

Há também registros antigos sobre o uso do álcool como medicamento, isto é, a utilização do álcool na antiguidade é semelhante ao de outras drogas, pois era reconhecido pelo seu poder de contribuir na cura de doenças. Conforme, em escritos mesopotâmicos de 2.200 a.C., referem-se ao uso do álcool como medicamento, assim como boa parte da farmacopéia egípcia antiga era composta de cervejas e vinhos (MACRAE, 2001, DELFINO, 2003).

Na Idade Média, uma época de grandes epidemias, uma bebida à base de álcool conhecida como vermute foi considerada pelos médicos como um fantástico medicamento para combater doenças, além disso, o álcool foi o primeiro tipo de droga utilizado para fins anestésicos em procedimentos cirúrgicos, prática realizada até o século XIX, pois, durante a invasão da Rússia por Napoleão, o vinho era considerado o único anestésico usado pelos cirurgiões-barbeiros daquela época (BURGOS et al, 2004; VALE; DELFINO, 2003).

A partir do século XVIII, tem-se a percepção dos malefícios do beber excessivo ou embriaguez, também chamada de “doença da vontade” por Benjamin Rush, um dos fundadores da psiquiatria americana no século XIX. Este psiquiatra observou que em 35% das internações psiquiátricas nos Estados Unidos da América (EUA) haviam consumo excessivo de bebidas alcoólicas. Entretanto, o termo “Alcooliamo” utilizou-se, pela primeira vez em 1849, na obra do médico sueco Magnus Huss, visando descrever um conjunto sinais e sintomas físicos e/ou mentais decorrentes da intoxicação alcoólica pelo uso excessivo e prolongado. (SCHWARCZ, 1993; LARANJEIRA, 2004; OLIVEIRA, 2009)

1.3 . HISTÓRICO NO CONSUMO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

A introdução da *C. sativa* no Brasil, provavelmente foi no século XVI, vinda pelos escravos oriundos do Continente Africano e teria sido bastante consumida e cultivada no Norte e Nordeste do país, regiões que tiveram o seu desenvolvimento no primeiro ciclo da cana de açúcar. Uma segunda hipótese sobre as origens da *C. sativa* no Brasil, seria o seu consumo pelos nativos da região amazônica que já consumiam a erva, pelos pajés na realização de rituais sagrados como para a cura de doenças (GONTIÈS; ARAÚJO, 2003).

A primeira experiência de colocar na ilegalidade a maconha no Brasil é datada de 1830, no tempo do Império, e sua proibição está relacionada com a tentativa de impor algum controle à população negra seja livre ou não que na época era a maior no continente americano (FIORE, 2004; CARLINI, 2006).

A chegada de outra droga mais devastadora no país foi a do crack que é a apresentação inalatória da cocaína cujo aumento foi significativo de seu uso. Dados de um estudo realizado em 107 cidades brasileiras em relação ao uso de substâncias psicotrópicas em adultos mostram uma prevalência do uso de cocaína e crack de 2,7 e 0,7%, respectivamente. O crack aparece no Brasil a partir dos anos 90 e daquele período até hoje foi tratado pela mídia como uma epidemia e vem ganhando espaço nas ruas de nosso país (CAMARGO, 2014; MARTINS-COSTA, 2013).

O Brasil foi identificado, pelo Escritório das Nações Unidas para o Combate ao Crime, como uma das nações emergentes onde o uso de estimulantes, como exemplo a cocaína tanto intranasalmente ("pó") como fumada ("Crack"), está aumentando rapidamente. Este fato resulta da posição geográfica do país, vizinho dos maiores produtores de cocaína do mundo como o Peru, Colômbia e Bolívia, além de fatores como uma população mais jovem de usuáries como uma melhoria do nível socioeconômico na última década no Brasil; todos estes fatores acarretariam preços mais acessíveis e um aumento do poder de compra da cocaína (ABDALLA, 2014; HORTA, 2018).

Outro estigma que surgiu no Brasil foi relacionado com o consumo do álcool, havendo correlações da bebida alcoólica, principalmente a cachaça, com delinquência, isto é, criminoso era sinônimo de cachaceiro. Em meados do século XX, o termo "maconheiro" começou a ser relacionado com características depreciativas, antes atribuídas aos consumidores de aguardente, ou seja, a expressão "cachaceiro" deixou de significar "banditismo", deixando essa marca para o termo "maconheiro", e, com o ressurgimento da cocaína, passou-se a chamar o usuário de "viciado" ou "traficante", e não mais de "maconheiro" (MISSE, 2004; CARLINI, 2006).

Segundo a pesquisa da FIOCRUZ (2013 a) em 2012, a prevalência do uso de drogas no Brasil, nos últimos 30 anos, foi de 83.8% para álcool, 76.1% para maconha, 52.2% para cocaína/crack e 26.4% para inalantes. A prevalência, nas capitais brasileiras, de usuários de todas as drogas ilícitas (exceto a maconha) era

de 2.28%, ou seja, 1 milhão de indivíduos; já para o crack e similares era de 0.81%, ou seja, 370 mil pessoas, sendo 35% usuários de todas drogas ilícitas devido ao crack (FIOCRUZ, 2013).

1.4 EFEITOS DAS DROGAS NO ORGANISMO

Muitos efeitos são observados organicamente nos consumidores de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. Dentre estes sintomas, podemos ficar atentos aos casos de convulsões e estado de mal epilético crescentes além do aumento na procura de serviços de tratamento que sugerem um crescimento do consumo de cocaína (VILAÇA, 2015; MCMICKEN, 2011).

De acordo com a World Drug Report de 2012, no Brasil, as apreensões federais de cocaína totalizaram 27 toneladas em 2010, três vezes mais do que a quantia em 2004. Uma pesquisa com estudantes do ensino médio e universitários de todas as capitais brasileiras mostraram o aumento de 1,7% para 1,9% no consumo de cocaína entre os anos de 2004 e 2010. A atualidade internacional revela uma ascensão no uso de drogas ilícitas com cerca de 230 milhões de pessoas com idade entre 15 e 65 anos de idade. Com relação ao consumo de drogas lícitas, estima-se em mais de 200 milhões de consumidores de álcool e 700 milhões de pessoas fazem uso de tabaco em todo o mundo, sendo que um em cada dez adultos com idade maior de 30 anos morrem por consequência do uso crônico (ABDALLA, 2014; ZEFERINO, 2015).

A literatura, aponta que os fatores que podem levar os adolescentes a utilizar drogas são variados, isto é, o consumo não é causado por um fator, mas por uma combinação de fatores, quais sejam: genéticos, psicológicos, familiares, socioeconômicos e culturais. Com isso o consumo de cocaína está fortemente associado a morbidades psiquiátricas que contribuem para vários problemas de saúde a quem consome. O impacto do consumo desta droga é uma grande preocupação social e de saúde, provavelmente a droga ilícita mais frequentemente associada a violência na América (RIBEIRO, 2007; LOPES, 2014).

O uso da cocaína pela aspiração nasal, 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 rinorreia (BOTELHO, et al, 2013; MELECA, et al, 1997).

Com os efeitos anestésicos da cocaína sobre a mucosa orofaríngea, a inalação do crack permite exposição prolongada, causando inflamação aguda, necrose, epiglote, 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 pneumomediastino (ARMSTRONG, 1996; BOTELHO, et al, 2013).

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, e DSTS como sífilis e infecção pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS / HIV (BOGHDADI et al, 1997; BOTELHO, et al, 2013).

Os efeitos da cocaína no organismo humano podem ser esperados, que são doses dependentes e idiossincráticos. Os principais sintomas 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. A ação da cocaína/crack no Sistema Nervoso Central (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 droga (LIZASOAIN et al, 2002; WHITE, 2003).

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, transtorno obsessivo-compulsivo e distúrbios do sono (LIZASOAIN et al, 2002; WHITE, 2003).

Com relação ao sistema digestivo, observa-se a 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 vasoconstricção provocada pela cocaína pode levar à isquemia mesentérica, isquemia tecidual focal e ao infarto mesentérico (SLOAN, 1998; TUNCEF, 2002; WHITE, 2003).

No aparelho respiratório, após a inalação da droga, lesões térmicas das vias aéreas podem acontecer, ocasionando tosse persistente, expectoração carbonácea, dispneia, sibilos, rouquidão e estridor. 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 direita (HUI, 2012; RESTREPO, 2007; WHITE, 2003).

1.5. USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO

O uso de drogas está intrinsecamente relacionado às interações do indivíduo e ao meio em que vive. Nas últimas décadas, o crescimento do consumo abusivo de drogas constituiu, na sociedade, um sério problema que requer integralidade nas ações das políticas públicas para minimizar as consequências de possíveis agravos à saúde (BRASIL, 2015; TEIXEIRA, 2017).

Estudos epidemiológicos mostrem que mulheres usam menos substâncias psicotrópicas do que os homens, o número de mulheres que fazem uso e abuso dessas aumenta a cada ano. Este crescimento deve-se, principalmente, às mudanças do papel social da mulher no mundo com redução do estigma social, de preconceitos e, atualmente, a maior aceitação social do consumo de drogas pelas mulheres o que não existia há algumas décadas ((FIOCRUZ, 2013; RIBEIRO, et al, 2016).

Estudo multinacional europeu revelou que quase 16% das mulheres usavam álcool durante a gestação, já nos Estados Unidos, cerca de 8.7% destas gestantes usaram álcool e 14.9% tabaco de acordo com estudo de prevalência de 2005-2014 (MARDYBY, 2017; OH et al, 2017).

Segundo o Instituto Nacional de Drogas de Abuso (NIDA) cerca de 75% das crianças expostas intra-útero as drogas possuem problemas médicos em comparação às 27% com problemas e sem exposição as drogas. Na França, estima-se que 20-30% das gestantes fumam tabaco, 15% usam álcool, 3-10% usam *Cannabis* e 0.5-3% usam cocaína. Destaca-se o tabagismo que aumenta o risco de aborto espontâneo (Risco Relativo- RR = 1.5 a 5 vezes) e aumenta o RR em 2-3 vezes para morte súbita em crianças expostas intra-útero ao tabaco (SCHOENDORF et al,1992; LAMY et al, 2014).

Estudo de caso-controle, realizado por Scragg (2001), mostra que o uso de *Cannabis* pela gestante ou por seu companheiro, aumenta o risco de morte súbita, além de transtornos de ansiedade ou depressão, déficit de memória e concentração, impulsividade e falta de planejamento funcional (DAY ET AL, 1994; LEECH, 1999; GOLDSCHMIDT, 2004; GOLDSCHMIDT, 2012;).

Wendell (2013), descreve que nos Estados Unidos, estimativas mostram taxas crescentes do uso de cocaína durante a gestação de 10% em 1995 a 12,4% em 2004. Ainda nos Estados Unidos, a Pesquisa Nacional sobre Uso de Drogas e Saúde (NSDUH), realizada em 2010 pelo Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas (NIDA), relata um aumento substancial do uso de substâncias ilícitas entre mulheres grávidas. No mesmo ano, 4,4% das mulheres grávidas com idades entre 15 e 44 anos relataram o consumo de drogas, evidenciando aumento quando comparado à prevalência de 3% em 2002.

A *Cannabis* é a droga ilícita mais consumida por mulheres em idade reprodutiva, com cerca de 10.4% das norte-americanas e 4.9% em uso diário, segundo o NIDA. O uso desta droga na gestação é frequente, sendo a prevalência de consumo de substâncias ilícitas cerca de 5-10%, e havendo auto relato de uso desta droga em 2.9% na gestação (LIPARI, 2013; GUNN, 2016).

A exposição fetal a ação deletéria da *Cannabis* ocorre via receptores (subtipos CB1 centrais e CB2 tecidos periféricos) e proteína G nas células, visto que atravessa com facilidade a barreira hematoencefálica e placentária por ser uma molécula pequena. Ressalta-se que esta droga pode causar alterações das citocinas com morte dos linfócitos e induz supressão do sistema imune do feto (JUTRAS-ASWAD, 2009; PERTWEE, 2012; ALPÁR, 2016).

Apesar deste uso não está associado a mortalidade, pode-se ter graves alterações no organismo como: Retardo do Crescimento Intra uterino (RCIU), distúrbios neurológicos no lobo frontal com hiperatividade, alteração do sono, déficit cognitivo e de aprendizagem escolar, bem como doenças mentais ao nascer, como distúrbios de comportamento e hiperatividade, além de uso de substâncias psicoativas na adolescência. Estudos mais recentes apontam um aumento destas

morbidades com alterações na espessura cerebral cortical no feto que podem levar a quadro psicóticos e até a morte indiretamente (FERGUSON, 2002; BUCKINGHAM-HOWES, 2013; Di FORTI, 2015; METZ, 2017).

Existem importantes especificidades que devem ser consideradas para a prevenção e o tratamento da dependência entre as mulheres. As diferenças de uso entre os gêneros incluem os fatos da mulher começar a usar a substância como curiosidade e, às vezes, de forma desadaptativa para aliviar sintomas de problemas mentais. Além disso, resalta-se que elas progridem do uso para a dependência mais rápido que os homens, são mais reativas aos gatilhos para uso, apresentam maiores taxas de recaída e sofrem consequências físicas e psicológicas mais severas. Segundo trabalho realizado pela FIOCRUZ, cerca de 10% das mulheres estavam grávidas e 50% tiveram outras gestações sob uso de crack ou similares (FIOCRUZ, 2013; RIBEIRO, et al, 2016).

A fase da gestação, assim como a puberdade e a menopausa, é caracterizada como um dos períodos mais marcantes que compõem o ciclo vital da mulher. A gravidez e a fase puerperal impactam de forma importante na vida delas, principalmente na das primíparas. As alterações são devidas a mudanças físicas, ocasionadas pelos fatores hormonais, psicológicas relacionadas aos cuidados do recém-nascido e sociais sobre as questões contextuais (RIBEIRO, et al, 2016; WENDELL, 2013).

Essas transformações são um desafio à capacidade de adaptação da mulher e repercutem no seu humor, bem-estar, relacionamento com amigos, familiares e companheiro (a). Mitos, tabus, questões religiosas, aspectos socioculturais, a falta de conhecimento do próprio corpo e das modificações que ocorrem na gravidez e no puerpério também pode interferir em sua qualidade de vida (RIBEIRO, et al, 2016; WENDELL, 2013).

Por modificar para sempre o curso da vida da mulher, o caráter “irreversível” da maternidade frequentemente coloca a gestante perante novas emoções, pensamentos, angústias, medos relacionados com a perda do bebê, perda da sua

própria autonomia, perda da parceria, sentimentos que contrastam e se equilibram de algum modo com a felicidade, a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe (BETIOL, 2010; RIBEIRO, et al, 2016).

O consumo do crack pelas gestantes está crescendo, com o tempo para início de ação é cerca de 10 segundos e o tempo de duração do seu efeito é de 5 minutos. No Brasil, estudos demográficos apontam para crescente tendência de redução da faixa etária de início de vida sexual que está em torno dos 13 anos de idade, refletida em altos índices de gravidez na adolescência, o que coincide com um início igualmente precoce do uso de drogas e bebidas alcoólicas. Em 2001, várias cidades brasileiras foram estudadas para o uso de drogas lícitas e ilícitas, onde foi utilizado o questionário do SAMHSA adaptado à realidade do país (BRASIL, 2003; FERREIRA & MARTINI, 2001; GALDURÓZ; et al, 2005).

A pobreza econômica, a falta de cuidado materno-fetal durante o pré-natal, a desnutrição e o estigma com preconceito cultural são sérios problemas sociais. Estes contribuem para que o número de gestantes usuárias de drogas aumente e conseqüentemente o número de crianças que podem vir a nascer nesta situação de grave exposição a fatores teratogênicos (BRASIL, 2012b; TACON et al, 2018).

Estudos que tratam sobre o consumo de drogas entre as mulheres, em especial entre as mulheres gestantes, são extremamente raros e pontuais, o que nos mostra uma urgência em estudos científicos que busquem maior aprofundamento no assunto, para que esse tema tão importante não continue passando despercebido pelos profissionais e gestores de saúde ou que tenha visibilidade apenas através da mídia, que leva informações muitas vezes inadequadas à população, só aumentando a exclusão e o afastamento dessas mulheres e em geral de todos os usuários de drogas da sociedade (CAMARGO, 2014; LARANJEIRA, 2004).

A identificação do abuso de cocaína e crack em parturientes é um desafio. Geralmente as mulheres negam o uso e os sintomas indicativos que 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-

eclâmpsia. 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 reflexos (LARANJEIRA, 1996; RAYBURN, 2007).

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 paciente (ALBRIGHT, 2009; BOTELHO, 2013).

O consumo destas drogas durante o período gestacional está associado ao aumento de alterações do sistema cardiovascular. 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 as 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 com eclâmpsia. O diagnóstico diferencial é essencial nesses casos para estabelecer a conduta correta (WRIGHT, 2007; PRENTICE, 2010).

As complicações maternas decorrentes do uso desta substância 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 morte. A cocaína aumenta a concentração de ocitocina, induzindo à atividade uterina. Os efeitos hipertensivos da cocaína e o reforço da contratilidade uterina, por aumento dos níveis de norepinefrina, predispõem a mulher ao DPP, podendo acarretar mortes maternas e/ou perinatais (PRENTICE, 2010; RAYBURN, 2007).

O uso da cocaína e/ou crack, no primeiro trimestre de gestação está associado a maiores taxas de aborto espontâneo, e os efeitos negativos independem da dose, o que sugere que qualquer nível de exposição aumenta o risco de abortamento (WHITE, 2003; RAYBURN, 2007).

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. Conseqüentemente o maior problema para que se possam avaliar os efeitos diretos das drogas sobre o feto é a grande variedade de fatores de risco, como sociodemográficos, psicossociais, comportamentais e biológicos que se relacionam diretamente com as drogas e as conseqüências na gravidez (GANAPATHY; et al, 1999; BAURER, 2002; SCHILLER & ALLEN, 2005; YAMAGUCHI, 2008; BRASIL, 2012 b).

Neste contexto, o crack é a droga ilícita mais consumida pela mulher na gestação, que tem um poder aditivo superior ao da cocaína e o uso dessa substância vem crescendo dramaticamente entre as gestantes. Estima-se que até 10% das mulheres norte-americanas tenham utilizado cocaína ou crack durante a gestação (DELANEY, et al, 1997; YAMAGUCHI et al, 2008).

A utilização desta droga por gestantes foi considerada altíssima na década de 80 até início de 90 nos Estados Unidos. No ano de 2001, o Maternal Lifestyle Study (MLS), o maior estudo até então sobre o uso de drogas no pré-natal, foi realizado em quatro centros americanos e o consumo de cocaína foi detectado através de entrevistas e análise meconial (VOLPE, 1992; LESTER; et al, 2001).

Outra droga considerada lícita e utilizada na gestação é o álcool, que pode atravessar a placenta, assim como acontece com o oxigênio, o gás carbônico e a água. Tem ação psicotrópica, pois atua no sistema nervoso central, provocando mudanças no comportamento de quem o consome, além de, potencialmente, desenvolver dependência. Quando é ofertado suporte às gestantes que enfrentam

essa situação, elas apresentam menor nível de estresse, ansiedade e depressão, além de manter uma perspectiva mais positiva em relação ao uso de drogas de abuso e visualizam a situação de forma mais realista (MARANGONI, 2011, MOTTA, 2015).

O consumo excessivo do álcool pode levar o feto e o recém-nascido a apresentarem a síndrome alcoólica fetal (SAF), expressão considerada uma das doenças com maior comprometimento neuropsiquiátrico em bebês de mulheres que beberam em excesso na gestação. O prognóstico dos indivíduos com SAF é muito variável, portanto, a identificação e o diagnóstico precoce dos portadores de SAF são essenciais para a intervenção precoce nos problemas e com isso reduzir o seu malefício a longo prazo (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2002; BERTRAND et al; 2005; CHUDLEV et al, 2005; CENTER OF DESEASE CONTROL, 2009; FLOYD et al, 2007; MUKHERJEE et al, 2007; PEADON et al, 2007; MAY et al, 2009).

Outra droga de consumo pelas gestantes é a maconha. É a substância ilícita mais utilizada por gestantes e puérperas, porém dados sobre a epidemiologia do consumo nessa população específica são limitados, e é provável que os números divulgados estejam muito abaixo da realidade. Isso se deve, principalmente, ao fato dos estudos de prevalência investigarem o consumo de maconha a partir de entrevistas com as mães que podem não revelar o uso ou a quantidade exata desse consumo por medo de serem julgadas, repreendidas ou mesmo punidas. O mesmo vale para profissionais da saúde, essas mulheres podem não relatar o consumo, apesar de saberem do potencial de causar prejuízos para a sua saúde e a do feto (JAQUES, 2014; LAMY, 2014; RIBEIRO et al, 2016).

No entanto, verifica-se um despreparo de algumas equipes de saúde para lidarem com essa questão. Um estudo conduzido na França revelou a necessidade de preparar os profissionais para a identificação precoce do uso de maconha e de seus efeitos para mãe, feto e bebê. Os autores verificaram que apenas metade dos ginecologistas, obstetras e clínicos gerais perguntavam às gestantes sobre seu consumo de drogas, e a maioria não se sentia informada o suficiente sobre os riscos

desse consumo no período gestacional o que acarretará possível preconceito ou estigma pelo profissional (GÈRARDIN, 2011; YAMAGUCHI, 2008).

Pesquisas demonstraram que o consumo de *C. sativa* pode influenciar o desenvolvimento fetal. Para se avaliar o risco de impactos, leva-se em consideração o tempo de exposição, a dose, a via de administração, o uso de outras drogas e outros fatores sociais e genéticos. A restrição do crescimento fetal é considerada a maior complicação nesse cenário. Por ser altamente lipossolúvel, o tetraidrocanabinol atravessa a barreira da placenta e prejudica o crescimento do feto, causando retardo no desenvolvimento do sistema nervoso, distúrbios neurocomportamentais, más-formações congênicas, prejuízos no sistema cardiovascular e no sistema gastrointestinal (RIBEIRO et al, 2016; YAMAGUCHI, 2008).

O prejuízo no desenvolvimento neurológico do feto gera alterações comportamentais, sendo que os seguintes sintomas podem ser observados: maior inquietude, desatenção, estresse, menor sensibilidade a estímulos externos, mais choro, maior dificuldade para ser acalmado em crises de choro, sono conturbado, com dificuldade para acordar, mais tremores e movimentos bruscos (RIBEIRO et al, 2016; YAMAGUCHI, 2008).

Por toda esta contextualização que abrange o consumo de drogas pelas mulheres gestantes, algumas se sentem constrangidas em revelar sua dependência para os profissionais de saúde da atenção primária, o que pode contribuir para que elas não tenham acesso a maiores informações, referentes à possibilidade de complicações obstétricas e de problemas cognitivos na criança a longo prazo, como decorrência do uso de drogas (GÈRARDIN, 2011; KASSADA, et al, 2014).

Nesta conjuntura do uso destas substâncias no período gestacional, se faz necessário à continuidade de estudos, políticas públicas e psiquiátricas consolidadas e equipes multiprofissionais bem habilitados para o acolhimento e acompanhamento destas pacientes, bem como auxiliar em investimentos para inovação tecnológica a

novas drogas terapêuticas no tratamento destas usuárias e com isso diminuir drasticamente os efeitos nocivos que acarretam a mãe e feto.

1.6. POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE USO DE DROGAS NO BRASIL

O Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei 8080/90, é o conjunto de ações e serviços de saúde que têm por finalidade, a promoção de maior qualidade de vida para toda a população brasileira, no intuito de garantir o acesso de todos a uma assistência integral e equitativa à Saúde, avança de forma consistente na consolidação de rede de cuidados que funcione de forma regionalizada, hierarquizada e integrada. O Sistema Único de Saúde (SUS) tem seu funcionamento organizado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, editadas com a função de fazer cumprir o mandamento constitucional de dispor legalmente sobre a proteção e a defesa da saúde (BRASIL, 2015).

No Brasil, as políticas públicas direcionadas a pessoas com necessidades decorrentes do uso de drogas surgem no início século XX, influenciadas pelas convenções internacionais das Organizações das Nações Unidas (ONU), a Convenção Única sobre Entorpecentes de 1961, a Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas de 1971 e a Convenção contra o Tráfico Ilícito de Entorpecentes e Substâncias Psicotrópicas de 1988 (BRASIL, 2015).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) publicou a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. Essa política expôs suas diretrizes consoantes com a Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica, SUS em conformidade com a Lei Federal nº 10.216, de 6 de abril de 2012 e os pressupostos da OMS (BRASIL, 2015).

O enfrentamento desta problemática constitui uma demanda mundial de acordo com a OMS. Cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo, consomem abusivamente substâncias psicoativas, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo (BRASIL, 2003; KASSADA, et al,

2014).

A III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em dezembro de 2001 evidenciando, de forma ética e diretiva, a (re) afirmação e (re) elaboração de estratégias e propostas para efetivar e consolidar um modelo de atenção aos usuários de álcool e outras drogas que garanta o seu atendimento pelo SUS e, ao mesmo tempo, considere o seu caráter multifatorial, não reduzindo esta questão a uma problemática exclusiva do sistema de atenção à saúde (BRASIL, 2003; KASSADA, et al, 2014).

Com isso, a saúde pública brasileira deixou a questão do consumo de Substâncias Psicoativas (SPA) a cargo de instituições como a justiça, a segurança pública, a pedagogia, as associações religiosas, dentre outras. Apenas em 2002, dentro do movimento de Reforma Psiquiátrica, é que foram lançadas as portarias 336, que cria o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), voltado para as pessoas com transtornos mentais decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, e a 816, que institui o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, fazendo o reconhecimento do consumo nocivo enquanto sério problema de saúde pública, enquadrado no campo da saúde mental (ALVES; ROSA, 2016).

Também em 2003, com o lançamento da Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas, passando a se orientar pela Redução de Danos (RD), que estabeleceu o acesso ao cuidado e à compreensão integral e dinâmica do problema, fundada na promoção de direitos e na cidadania. Esta ampliação e redefinição da RD fez com que a mesma fosse não mais somente uma “estratégia”, mas “um novo paradigma ético, clínico e político para a política pública brasileira de saúde para álcool e outras drogas”, alternativo à política global de “guerra às drogas” (ALVES; ROSA, 2016).

Em 2005, foi aprovada a Política Nacional sobre Drogas/PNAD (substituindo a anterior Política Nacional Antidrogas, de 2002), que reconhece o uso de SPA como um fenômeno complexo, que envolve o tráfico, de um lado, e o uso para fins próprios

que demanda medidas assistenciais. No ano de 2006, foi aprovada a lei 11.343, que instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD).

No ano seguinte (2007), pelo decreto nº 6117/2007, foi desenvolvida a Política Nacional sobre o Álcool (SENAD). O MS criou em 2009, o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e em 2010, junto a outros órgãos governamentais, instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao crack e outras drogas (ALVES et al, 2016; BRASIL, 2015).

Com o aumento do consumo de álcool e demais drogas, observamos o malefício decorrente ao uso de cocaína, as vezes devido a overdoses, mortes, comportamento violento e problemas jurídicos, cria um pesado fardo para a sociedade. A expansão do mercado de cocaína expõe a necessidade de lidar com esta droga como uma questão global. O desenvolvimento de estratégia de prevenção eficazes são urgentemente necessários para lidar com a carga social associada ao consumo de cocaína (DEGENHARDT; HALL, 2012).

O conhecimento dos níveis de consumo e das taxas de prevalência de dependência da população global é essencial para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e estabelecer prioridades de políticas públicas. É Também relevante para descrever padrões de uso em cada faixa etária desde as estratégias de prevenção e tratamento devem ter em conta diferentes necessidades e características de cada fase da vida e poder mostrar apoio à prevenção e intervenção precoce (ABDALLA, 2014; KASSADA, et al, 2014).

Embora vários estudos tenham mostrado a prevalência de violência doméstica entre as populações em comparação com outros grupos étnicos, apenas dados sobre o assunto estão disponíveis na América Latina. De acordo com um recente relatório da OMS, o Brasil ocupa o sétimo lugar nas taxas de homicídios entre 84 países do mundo, superando a maior parte de seus países vizinhos, exceto a Colômbia, a Rússia e todos os países Africanos (BRASIL, 2015; ELIZABETH, 2016).

Uma pesquisa nacional realizada em 2012 pelo governo brasileiro revelou que mais de 18% da população feminina nacional relatou ter sido vítima de violência entre parceiros íntimos (IPV). Mais da metade dos brasileiros relataram ter pelo menos um ato violento contra seus parceiros, embora apenas 16% considerassem seu comportamento como violento. Finalmente, os dados de uma pesquisa realizada nas maiores cidades do Brasil revelaram que 8,6% da amostra relataram serem vítimas de violência sexual com parceiros íntimos, principalmente no primeiro Inquérito Brasileiro sobre Álcool e Drogas (I BNADS), realizado em 2006, o IPV foi relatado por mais de 10% dos homens e 15% das mulheres de uma amostra representativa nacional (ELIZABETH, 2016; KASSADA, et al, 2014).

Ao considerar os contextos das mulheres que consomem SPA, um enfoque sociocultural engloba um dos elementos que atravessa as experiências de usos destas substâncias: o gênero. No Brasil, há ainda uma escassez de análises sobre o uso de SPA a partir de uma perspectiva de gênero, especialmente entre as mulheres, dado que um olhar de gênero pode revelar a fragilidade das políticas públicas voltadas para as pessoas que consomem que não têm suas reais necessidades identificadas e atendidas (ALVES; ROSA, 2016; KASSADA, et al, 2014).

Da mesma forma sobre os usos variam conforme vários aspectos, o significado sobre “ser mulher” também sofrem variações. Mas, muitas vezes, esses significados são negligenciados ou ignorados nos âmbitos da investigação, das intervenções ou políticas a respeito das SPA. As mulheres estão mais visíveis, por um lado, pois aumentou o consumo destas drogas entre elas. Por outro, mesmo com este aumento, continuam invisíveis porque o envolvimento com estas substâncias permanece sendo visto predominantemente a partir da etiologia masculina, o que, frequentemente, as põem enquanto alvo de intervenção tardia e dupla estigmatização, (“ser mulher + usar drogas”) e com isso acabam sendo esquecidas (ALVES; ROSA, 2016; YAMAGUCHI, 2008).

Assim sendo, torna-se imperativa a necessidade de estruturação e fortalecimento de uma rede de assistência centrada na atenção comunitária e psicossocial associada à rede de serviços de saúde e sociais, que tenha ênfase na reabilitação e reinserção social dos seus usuários, sempre considerando que a oferta de cuidados a pessoas que apresentem problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas deve ser baseada em dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial especializada, devidamente articulados à rede assistencial em saúde mental e as demais redes de saúde (BRASIL, 2003; BRASIL, 2015).

Nesta conjuntura, às políticas sociais e econômicas sobre o uso do crack, ambas estão em constante transformação, assim como o perfil dos usuários desta droga. Uma pesquisa quantitativa, realizada em território nacional por um grupo de pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em parceria com a SENAD, entre os anos de 2011 e 2013, mostram resultados diferentes do que muitas vezes é divulgado nos meios de comunicação. Entre as 26 capitais brasileiras, incluindo o Distrito Federal, nove regiões e municípios de médio e pequeno porte, tiveram como resultado estimado, que existem aproximadamente 370 mil usuários de crack. Sendo que nessas mesmas cidades, o cálculo para usuários de drogas ilícitas equivale a um milhão de pessoas, ou seja, o número de consumidores de crack corresponde a 35% das pessoas que fazem uso de drogas ilícitas no país (BRASIL, 2015; FIOCRUZ a, 2013).

Em relação ao gênero, a pesquisa demonstrou que as mulheres fazem um uso maior da droga do que comparado aos homens. Apesar da média de seis anos para as mulheres e sete para os homens, quando se pensa no consumo diário as mulheres consomem 21 pedras e os homens cerca de 13. Essas mulheres muitas vezes reportam já ter sofrido violência sexual ao menos uma vez na vida, um quadro alarmante que nos relata o quanto dessa população de usuários de drogas, que são excluídos, essas mulheres são mais excluídas ainda, mais vulneráveis e necessitadas de atenção (BRASIL, 2015; FIOCRUZ b, 2013).

Esta pesquisa que foi realizada a partir de uma metodologia inédita no Brasil foi à única até o momento, capaz de estimar de forma mais precisa esses usuários.

Especialmente por nos mostrar dados importantíssimos focado nestes consumidores, demonstrando estimativas referentes ao fato de que cerca de 10% das mulheres entrevistadas relataram estar grávidas e mais da metade das usuárias já haviam engravidado pelo menos uma vez depois que iniciou o uso de drogas (BRASIL, 2015; FIOCRUZ b, 2013).

É importante ressaltar que o uso de drogas pode acarretar gravidez de alto risco ou agravar o quadro pré-existente de uma ameaça real de agravo em saúde com risco de vida à mãe e / ou ao feto em decorrência de um distúrbio ou situação coincidente ou única na gravidez. Sabe-se que mulheres com gravidezes de alto risco são expostas a maior estresse emocional e orgânico devido ao rótulo de alto risco, gerando menor atenção da equipe para seu quadro de sofrimento mental bem como maior vulnerabilidade, maior percepção de um desfecho negativo da gestação, ansiedade intensa e contínua, sintomas depressivos, redução da sensação de bem-estar e até parto prematuro (RODRIGUES et al, 2016; YAMAGUCHI, 2008).

Deve-se pontuar que o risco associado ao uso de medicamentos psicotrópicos na gravidez é superestimado por todas as especialidades cabendo aos profissionais médicos, que acompanham estas gestantes, estarem qualificados para orientação sobre a segurança e os riscos teratogênicos ao prescreverem estas drogas ou receberem as mulheres em uso destas (CANTILINO, et al, 2014; YAMAGUCHI, 2008).

Ainda faltam políticas públicas que acessem diretamente esses usuários, embora pequenos passos venham sendo dados, através de grandes investimentos do governo federal para a prevenção, e o combate a essa droga, como o Programa de Redução de Danos, oferecido pelo MS. É um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicotrópicas em pessoas que não podem ou não querem parar de usa-las. A redução de danos foca na prevenção as lesões já instauradas e também nas pessoas que seguem usando estas drogas de amplitude tão devastadora (BRASIL, 2013).

1.7 OBJETIVOS

1.7.1 Objetivo Geral

Detectar e avaliar a prevalência do uso das drogas como a Cocaína/crack, *Cannabis sativa* e o Álcool na gestação através do Questionário ASSIST e da testagem urinária rápida (RDS) para estas drogas.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil socioeconômico das gestantes atendidas em quatro hospitais da cidade de Recife;
- Identificar durante a gestação se há presença do uso de Álcool, *Cannabis sativa* e Cocaína/Crack através da testagem urinária, e pelo auto-relato do Questionário Assist;
- Avaliar existência de associação entre as variáveis do Questionário Assist e o resultado das drogas relatadas como consumidas pelas participantes;
- Avaliar se há associação entre as variáveis do Questionário Assist e o resultado das drogas detectadas no Teste Rápido de Urina;
- Comparar diferenças entre os resultados do Questionário Assist com o diagnóstico do Teste Rápido de Drogas na urina.

2 JUSTIFICATIVA

O consumo de álcool e outras drogas é um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. Com as transformações econômicas e sociais nas últimas décadas houve significativo aumento no consumo de drogas entre as mulheres nos países desenvolvidos e subdesenvolvidos. Muitas dessas usuárias estão em idade reprodutiva e os efeitos nos fetos são uma crescente preocupação.

No período gestacional ocorrem muitas alterações hormonais onde o fluxo destes hormônios materno infantil aumenta através da placenta que também recebe nutrientes e oxigenação para o desenvolvimento fetal; contudo, o uso de álcool e drogas pelas mães também são passadas ao feto de uma forma intensa a partir da décima segunda semana, o que faz imprescindível se fazer a orientação e conscientização das gestantes durante o pré-natal.

As gestantes devem ser orientadas com relação às consequências que as drogas acarretam a curto e a longo prazo, tanto para as genitoras como aos seus filhos. Nas mães, percebe-se em curto prazo alterações hipertensivas, diabetes gestacional, pré eclampse. Já a longo prazo, as mães podem apresentar isquemia cardíaca, cerebral, além da exposição maior a violência contra ela própria e ao feto. Para o recém-nascido, a longo prazo são observados transtornos mentais e psiquiátricos na infância e juventude, a síndrome altista bem como os outros transtornos psiquiátricos, como a dependência química onde a criança pode nascer com sérios sintomas de abstinência do álcool e das outras drogas.

Ressalta-se que nem toda usuária de drogas necessita de tratamento em serviço especializado visto que poderá estar sob uso recreacional e que serviços de atenção primária com psicoeducação e consultas de pré-natal por profissionais bem qualificados para acolher esta demanda poderão fazer boas conduções destas usuárias.

É mister refletir que diante da incapacidade de aquisição de qualificação dos profissionais para um pré-natal em mulheres usuárias de substâncias, faz-se necessário um instrumento de fácil aplicabilidade e alta sensibilidade e especificidade para ajudar no diagnóstico precoce do uso, bem como a possibilidade de se ofertar orientações sobre os efeitos teratogênicos das drogas como também ofertar locais de tratamento especializado.

Através deste projeto pretende-se alertar as gestões, as políticas públicas e saúde mental para a necessidade da detecção precoce durante a gestação e puerpério imediato do uso de álcool e outras drogas, auxiliando-se no combate ao uso destes entorpecentes. Além disso, a testagem simples urinária de drogas facilitará aos profissionais da área de saúde a conduta correta as usuárias visando orientar e encaminhar as gestantes a iniciarem tratamentos nos centros de atenção psicossocial ou em outras unidades de saúde, monitorar e acompanhar no tratamento e no parto, nos novos incidentes e novas gestações de alto risco.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

O estudo é do tipo individuado não-intervencionista descritivo de corte transversal. Foram realizados os acompanhamentos de gestantes em um número amostral (N) de 160 pacientes que representaram uma amostragem de conveniência na seleção do número total de atendimentos nos quatro hospitais onde foi realizada a pesquisa no território da cidade de Recife.

3.2 HOSPITAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os hospitais selecionados para a realização da pesquisa com as gestantes foram: Hospital da Mulher do Recife (HMR), Hospital Agamenon Magalhães (HAM), Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (CISAM) e Maternidade Bandeira Filho (MBF).

Estas unidades de saúde foram selecionadas, visto que representam uma amostra territorial por conveniência da cidade do Recife, abrangendo alguns bairros que realizam assistências de pré-natal e estão expostas a fatores de risco como a falta de cobertura do programa de saúde da família do sistema único de saúde, além de distrito sanitário de saúde, baixa estrutura de saneamento básico, população com baixa condição financeira e por fim, a maior exposição ao tráfico de drogas e a prostituição, que são resultados das precárias condições sociais de vida dessas pessoas.

3.2.1 Hospital da Mulher do Recife - Dra. Mercês Pontes Cunha

O Hospital da Mulher do Recife é a primeira unidade de saúde de grande porte construída numa gestão municipal. O HMR (figura 1) fica localizado na BR101,

S/N, no bairro do Curado. Está instalado em uma área de 30 mil metros quadrados e equipado por meio de recursos municipais, estaduais, federais e de emendas parlamentares. Conta com 150 leitos e realiza atendimentos assistencial ambulatorial, exclusivamente, para mulheres de todas as idades. O HMR é gerido pelo Hospital de Câncer de Pernambuco. Destaca-se que este hospital realiza pré-natal de alto e baixo risco e partos bem como puerpério apenas de baixo risco.



Fig. 1- Hospital da Mulher do Recife- Dra. Mercês Pontes Cunha

3.2.2 Hospital Agamenon Magalhães- HAM

Um dos mais importantes suportes ao Sistema Único de Saúde em Pernambuco, o Hospital Agamenon Magalhães (figura 2), já foi uma instituição privada, a Casa de Saúde São João. Fundada em 1948 após o término da Segunda Guerra Mundial por equipe de enfermeiras trazidas de países europeus, devido à escassez de profissionais com formação universitária no Brasil; e por parteiras capacitadas na Faculdade de Medicina do Recife. Desde esta época chamava a atenção pelo alto padrão do atendimento assistencial à população.

Os altos custos da assistência levaram à venda da instituição para o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI). Em 14 de junho de 1953, o hospital foi reinaugurado, quando a unidade ganhou o nome de Hospital Agamenon Magalhães.

O HAM é o único da rede da Secretaria Estadual de Saúde (SES) contratualizado pelos Ministérios da Educação e Saúde como hospital de ensino, se equiparando a maioria dos hospitais universitários do país. Em consonante, realiza pré-natal, parto e puerpério de baixo e alto risco de mulheres usuárias do SUS.



Fig. 2- Hospital Agamenon Magalhães

3.2.3 Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (CISAM)

Considerada a maior maternidade de Pernambuco em número de atendimentos. O Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros é referência no Estado na assistência à gestante de alto risco com UTI neonatal e na capacitação de profissionais, na área de assistência integral à mulher.

O Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros- Universidade de Pernambuco – CISAM-UPE teve sua origem na Maternidade Professor Monteiro de Moraes, inaugurada em 23 de janeiro de 1946, tornando-se conhecida como a “Maternidade da Encruzilhada”. Na década de 1970, disciplinas da Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças – FENSG e da Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco/FESP passaram a ser ministradas nesta unidade. Foi incorporada em 1973, juntamente com o Centro de Saúde Amaury de Medeiros à Fundação de Ensino Superior de Pernambuco – FESP.

Em 1993 e 1997, foi avaliado pela Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa como o melhor Serviço Público Estadual na Assistência à Mulher. Além disso, passou a ser hospital referência na assistência à mulher vítima de violência.

Em 1995, recebeu do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) o título de “Hospital Amigo da Criança”. Em 1996, tornou-se referência na assistência à mulher e adolescente em situação de violência sexual e doméstica, incluindo o aborto legal, ofertando atendimento no serviço Pró-Marias.

Em 2016, passou a oferecer atendimento especializado a população Trans – Masculino com equipe interdisciplinar. Permanece realizando atendimentos de pré-natal, parto e puerpério de alto e baixo risco com estrutura de UTI neonatal para suporte a estas crianças sob efeito de drogas.



Fig.3- Maternidade da Encruzilhada do Centro Integrado de Saúde Amauri de Medeiros (CISAM)

3.2.4 Maternidade Bandeira Filho

A Maternidade Professor Bandeira Filho- MBF (figura 4) está situada no bairro de Afogados na cidade do Recife, a qual é mantida com recursos da Prefeitura do Recife e do governo federal pelo Sistema Único de Saúde.

Fundada em 1945 com o nome Maternidade dos Afogados, no governo de José Francisco Moura Cavalcanti, passou a se denominar Unidade Mista Professor Bandeira Filho. Recebeu este nome em homenagem ao médico e professor pernambucano que tinha este nome.

Na sua história, registrou tempos de elevada importância acadêmica e assistencial na cidade do Recife, formando profissionais renomados na área de ginecologia e obstetrícia, o que resultou numa enorme credibilidade perante a Sociedade Pernambucana. Destaca-se que este serviço só atende partos de baixo risco, mas se dispõe ao atendimento de pré-natal de alto risco do distrito sanitário V do Recife



Fig. 4- Maternidade Bandeira Filho

3.3 PROCESSO DE SELEÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

A amostra selecionada foi do tipo conveniência e de base territorial, através das gestantes que realizaram os seus acompanhamentos de pré-natal, em qualquer trimestre, com médicos ginecologistas e obstetras nestes quatro hospitais (HAM, HMR, MBF e CISAM), independente de sua faixa etária ou idade gestacional. O cálculo amostral foi aleatório visto que o projeto foi financiado por recursos próprios para compra de todos os materiais e kits de teste rápido de urina necessários para a realização deste projeto.

3.4 APLICAÇÃO DO TESTE ASSIST E TESTE RÁPIDO

As pacientes selecionadas foram convidadas a participar da pesquisa, e após assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (anexo 1) e retirada todas as suas possíveis dúvidas, foram aplicados 02 instrumentos de avaliação: O questionário Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test- ASSIST (anexo2) foi selecionado visto que é um instrumento de fácil aplicabilidade e já padronizado em outros países como Portugal em suas unidades de atenção básica, consistindo em perguntas socioeconômicas e demográficas, além de perguntas com relação ao uso de álcool e outras drogas (figura 5); e o teste rápido utilizado que foi o Rapid Drug Screen (RDS) da American BioMedica

Corporacion (ABMC), também é um teste de fácil aplicação com seleção de apenas 6 drogas sem mensurar seu quantitativo consumido ou a presença de outras visto que oneraria o orçamento próprio. Este teste rápido contém um tubo coletor de urina e as fitas testes para cinco drogas (maconha, anfetaminas, opióides, meta anfetaminas, cocaína, mais álcool) para confirmação do uso destas substâncias que foram selecionados devido a seus maiores impactos em saúde pública materno-infantil bem como devido à presença de diversos artigos a utilizar estas mesmas substâncias com resultados semelhantes a esta pesquisa. Ressalta-se que o reagente para o álcool fica na localização central do teste e a reação positiva será a mudança de coloração do reagente para azul (figura 6).



Figura 5- Questionário ASSIST

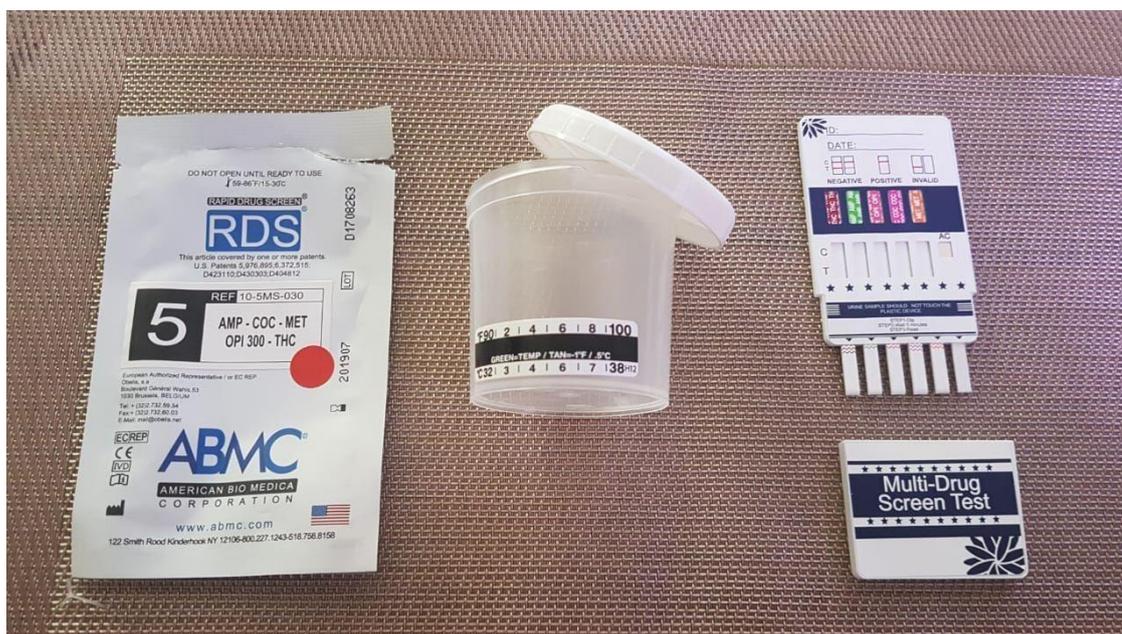


Figura 6- Rapid Drug Screen (RDS), contendo um coletor de urina e as fitas testes para cinco drogas mais álcool.

Após a assinatura do TCLE, as pacientes foram convidadas a irem ao banheiro dentro da sala onde foram feitas as entrevistas para coleta de amostra no recipiente de urina do kit do teste rápido. Enquanto o questionário era aplicado, as fitas de testagem para as drogas iam reagindo dentro do frasco, tendo a sua leitura feita após término do questionário. Estes procedimentos foram realizados por médico, estudantes de enfermagem, farmacêutica, assistente social e enfermeiras.

Os estudantes foram divididos em dois grupos. Um grupo no HMR e outro na MBF supervisionados pela assistente social, enfermeira e médico. O segundo grupo no CISAM e HAM com uma farmacêutica e um médico. As entrevistas foram realizadas de julho de 2017 a maio de 2018.

Os profissionais e estudantes que participaram do projeto receberam treinamento adequado para aplicação dos 02 instrumentos e para abordagem as pacientes sobre os riscos ou agravos a saúde materno-infantil que estas drogas

podem acarretar. As pacientes que foram identificadas pelo questionário ou confirmado seu uso de drogas pela testagem urinária, foram orientadas e encaminhadas para serviços com tratamentos multiprofissionais mais adequados dentro da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) de Recife.

3.5 QUALIFICAÇÃO DA EQUIPE PARA COLETA DOS DADOS

A equipe foi composta por 07 estudantes de graduação de enfermagem, 02 enfermeiras, 1 assistente social, 1 bióloga sanitária, 1 farmacêutica bioquímica e 1 médico psiquiatra. Toda a equipe foi treinada pelo médico e bióloga para selecionar por conveniência as gestantes que chegaram nos serviços. O estudo não apresentou qualquer perda de amostra visto que todos os entrevistadores foram instruídos a abordarem de forma humanitária e acolhedora as mulheres, traduziram de forma clara e no vocábulo compreensível de cada usuária e posteriormente realizou-se orientações sobre os efeitos destas substâncias psicotrópicas para a gestação, para o feto e para a própria mulher, bem como se ofertou locais de tratamento para elas. Ressalta-se que não foi realizada avaliação psiquiátrica destas pacientes.

3.6 EXAMES DE IMAGEM E AVALIAÇÃO DAS PACIENTES

Além da avaliação clínica, foram anotadas no questionário aplicado as pacientes o resultado do exame de ultrassonografia, pressão arterial, peso e altura das pacientes. Os parâmetros identificados na USG foram: maturidade placentária, idade gestacional e peso fetal.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados do estudo foram organizados utilizando uma análise descritiva dos resultados obtidos. As apresentações das variáveis mensuradas foram feitas através de tabelas. Para análise das variáveis qualitativas foram utilizadas uma abordagem

com a análise uni variada de cada uma das variáveis independentes com a variável resposta.

Para análise das variáveis quantitativas foi utilizado o teste de Bartlett para testar a suposição de homogeneidade. Na análise comparativa das médias/medianas das variáveis envolvidas no estudo, foi aplicado ANOVA quando observado o pressuposto de homogeneidade com o post hoc o teste de Tukey. Também foi utilizado o teste Kruskal Wallis com o devido post hoc Fisher. A suposição de normalidade entre as variáveis envolvidas no estudo foi através do teste de Shapiro Wilk. A análise comparativa das médias/medianas foi o teste TStudent quando observado o pressuposto de normalidade e o teste de MannWhitney quando não foi observado normalidade.

A análise comparativa entre as variáveis qualitativas foi aplicada o teste quiquadrado, e quando necessário Fisher. Para avaliar diferenças entre duas distribuições utilizou-se uma abordagem com o teste de Mantel-haenszel. Todas as conclusões foram tomadas ao nível de significância de 5%. O software R (R DEVELOPMENT CORE TEAM, 2016) foi utilizado na avaliação dos resultados do estudo.

Para a seleção da amostra, quatro hospitais foram selecionados devido ao atendimento de baixa e alta complexidade. Para determinar o tamanho da amostra, considerou-se um universo infinito com uma prevalência do uso de algum tipo de droga, principalmente a cocaína ou crack entre as grávidas conforme descrito em estudo da Fiocruz, em 2013, com prevalência de 10% de auto relatos positivos para esta droga, e com um erro amostral de 5%, resultando um total de 138 indivíduos que distribuídos entre os quatro hospitais. Aplicou-se um efeito de desenho de 1.2 (20%) para as possíveis perdas, sendo o valor amostral total de 166 pacientes na qual se determinou o quantitativo de 40 pacientes por hospital.

3.8 VIABILIDADE DO PROJETO

Esta pesquisa foi realizada com recursos próprios e com apoio do Instituto Aggeu Magalhães (FIOCRUZ/PE) através da infraestrutura e o núcleo de Estatística onde se realizaram as análises do projeto.

3.9 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Os procedimentos para aplicação do questionário e da coleta de urina apenas foram realizados após todos os indivíduos concordarem no ato da anamnese em assinar o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” – TCLE (anexo 1). A pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética do Instituto Aggeu Magalhães (IAM/ FIOCRUZ) CAAE Nº 62426316.6.0000.5190 (anexo 3).

Os benefícios as gestantes que concordaram em participar da pesquisa e constatado o uso de drogas foi à obtenção de orientação e encaminhamento para iniciarem tratamentos nos CAPS e em outras unidades de saúde. Ficou a critério das mesmas, a completa liberdade de seguir as orientações terapêuticas e encaminhamentos para o tratamento e cuidados territoriais na RAPS.

Neste trabalho poderia ter havido o risco do constrangimento por parte das pacientes com relação a responder as perguntas do questionário. Contudo, este risco foi minimizado, pois, as entrevistas foram realizadas em locais reservados para total integridade das pacientes e sigilo de suas respostas.

4 RESULTADOS

A presente pesquisa utilizou 02 instrumentos para coleta dos dados, sendo o primeiro o Teste ASSIST de auto-relato do uso de drogas; e o segundo sendo o Teste Rápido Urinário para Drogas (RDS) com detecção de substâncias psicotrópicas na urina das gestantes com sensibilidade de uso nos últimos 30 dias para RDS.

As variáveis foram analisadas através de teste de associação e testes de comparação, visto que foram utilizados dois instrumentos que permitia do RDS estes testes paramétricos e não-paramétricos para as análises. Para os resultados utilizou-se apenas os parâmetros que tiveram significância estatística igual ou inferior a 0.05 ou 5% recomendados em pesquisas científicas na saúde.

Nosso projeto teve como achados mais significativos a maior positividade de drogas no ASSIST (86.8%) em relação ao Teste de Urina (35%), sem diferenças significantes entre os 04 hospitais. Quanto ao aspecto sócio demográfico, alguns achados são predisponentes ao uso de drogas, a raça parda (64.74%), a união estável (39.49%), ter companheiro fixo (94.9%) e saber ler (97.9%). Diante destes achados, ser do gênero feminino e gestante associado a cor da pele e as relações maritais são fatores de risco ao maior consumo de drogas, e ao agravamento de suas relações sociais precárias e depreciativas do gênero conforme demonstrado na tabela 01.

Os resultados achados apontam para quatro variáveis que tiveram maior significância estatística com o teste ASSIST e o Teste rápido de urina, sendo estas: a idade, a escolaridade, o estado civil e os programas sociais. Estas serão detalhadas ao longo destes resultados de maneira mais categórica e compreensiva para fomentar as discussões posteriores deste projeto.

Os perfis socioeconômicos das gestantes deste estudo revelaram que em sua maioria são de mulheres de cor parda, em algum relacionamento, sejam elas chefes de família ou não, com baixa escolaridade, com baixa renda e com pré-natais

irregulares devido à pouca compreensão dos riscos materno-fetais e devido à ausência ou precariedade dos USGs das que ainda fizeram os acompanhamentos de pré-natal.

Tabela 1 - Prevalências das variáveis biológicas e socioeconômicas das mulheres submetidas ao Teste ASSIST e Prevalência de uso no Teste Rápido de Urina– Recife 2017/2018.

(Continua)

Descritivo	N	%
Teste Rápido de Urina (Droga)		
Positivo	56	35,00
Negativo	104	65,00
Auto relato (Droga)		
Positivo	139	86,88
Negativo	21	13,12
Droga (Teste)		
AMP	104	65,00
NEG	30	18,75
THC	20	12,50
Hospital		
CISAM	40	25,00
HAM	40	25,00
HMR	40	25,00
MBF	40	25,00
Raça		
Branca	33	21,15
Preta	18	11,54
Amarela	4	2,56
Parda	101	64,74
Estado Civil		
Solteira	45	28,66
Casada	49	31,21
Separada	1	0,64
União Estável	62	39,49
Companheiro Fixo		
Sim	149	94,90
Não	8	5,10
Ler		
Sim	156	97,50
Não	4	2,50
Grau de Escolaridade		
Ensino Fundamental 1 a 4	11	6,92
Ensino Fundamental 5 a 9	37	23,27

Ensino Médio	81	50,94
Curso técnico Comp/Incomp	12	7,55
Ensino Superior Comp/Incomp	18	11,32

Tabela 1 - Prevalências das variáveis biológicas e socioeconômicas das mulheres submetidas ao Teste ASSIST e Prevalência de uso no Teste Rápido de Urina– Recife 2017/2018.

(Continuação)

Descritivo	N	%
Programa Social Auxilio Doença		
	1	0,64
Loas	2	1,27
Bolsa Família	46	29,30
Outros	5	3,18
Não Recebe	103	65,61
Chefe de Família		
Sim	38	24,20
Não	119	75,80

Com relação aos dados antropométricos materno-fetais, constatou-se que a idade média das pacientes foi de 29 anos (Desvio padrão = +/- 6 anos), o peso médio das gestantes foi de 79.2 Kg (Erro padrão = 1.6), a altura teve a mediana e a média iguais a 1.6 metros e os níveis pressóricos tiveram média sistólica de 72mmHg (Erro padrão = 4.5mmHg) e média diastólica de 64.3 mmHg (Erro padrão = 2.1mmHg). Quanto aos parâmetros fetais, observou-se que ao USG o peso fetal médio foi de 1322.8g (Erro padrão = 102g) e a Idade média foi de 178.2 dias (Erro padrão = 5.1 dias) conforme tabela 02.

Tabela 2: Distribuição quanto aos valores mínimos, máximos, médias, mediana, desvio padrão e erro padrão referente as variáveis clínicas, imagem, peso e altura nas gestantes submetidas ao teste ASSIST - Recife 2017/2018.

Variáveis	N	Min	Máx	Media	Mediana	Desvio	EP
Peso	158	45,0	142,5	79,2	74,3	20,1	1,6
Altura	148	1,4	1,8	1,6	1,6	0,1	0,0
Sistólica	129	80,0	170,0	114,5	110,0	15,3	1,4
Diastólica	128	50,0	100,0	72,8	70,0	11,5	1,0
Peso Fetal	100	72,0	3903,0	1322,8	978,5	1019,5	102,0
Idade	160	18,0	42,0	29,1	29,0	6,0	0,5
USG Tempo	145	44,0	284,0	178,2	177,0	61,9	5,1

4.1 ASSOCIAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS DO TESTE ASSIST COM O CONSUMO INDIVIDUAL DAS SUBSTÂNCIAS

O consumo individual das drogas durante a vida de cada paciente, revelaram altas prevalências para o consumo de álcool com 131 (81,9%) e tabaco 104 (65,0%). Para as drogas ilícitas a maconha foi a mais prevalente com 27 (16,9%), 19 (12,0%) hipnóticos/sedativos. Em relação ao consumo nos últimos 90 dias antes desta entrevista observou-se que 45 (28,1%) das gestantes afirmaram consumir algumas destas drogas, 28 (17,5%) não conseguiram reduzir seu consumo e 9 (5,8%) usaram drogas injetáveis conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição das prevalências relacionadas ao Teste ASSIST e o Uso de Drogas- Recife 2017/2018

Variáveis	Uso de Droga			
	Não		Sim	
	N	%	N	%
Q27 - Uso Individual				
Derivado de tabaco	56	35,0	104	65,0
Bebidas alcoólicas	29	18,1	131	81,9
Maconha	133	83,1	27	16,9
Cocaína/Crack	153	95,6	7	4,4
Anfetaminas ou êxtase	147	91,9	13	8,1
Inalantes	146	91,3	14	8,8
Hipnóticos/Sedativos	141	88,0	19	12,0
Alucinógenos	154	96,3	6	3,8
Opioides/Opiáceos	153	95,6	7	4,4
Outras	159	99,0	1	1,0
Q 28 - Durante os três últimos meses, você utilizou algumas das substâncias acima:		71,9	45	28,1
	115			
Q 29 - Durante os três últimos meses, você teve desejo de consumir algumas das substâncias acima:		77,5	36	22,5
	124			
Q 30 - Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo (1a droga e a 2a droga etc):		95,0	8	5,0
	152			
Q 31 - Durante os três últimos meses, com que frequência por causa dos seu uso de drogas (1a droga e a 2a droga etc):		94,4	9	5,6
	151			
Q 32 - Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso		79,4	33	20,6
	127			
Q 33 - Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de drogas (1a droga, depois a 2a droga etc) e não conseguiu		82,5	28	17,5
	132			
Q 34 - Alguma vez você já usou drogas por injeção?		94,2	9	5,8
	245			

4.2 AVALIAÇÃO DA ASSOCIAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO ASSIST E OS RESULTADOS DETECTADOS PELO TESTE RÁPIDO DE URINA

Na avaliação do percentual de positividade para o consumo de qualquer tipo de drogas detectadas por meio do teste rápido de urina realizado nas pacientes no primeiro trimestre de gestação atendidas nos quatro hospitais da rede pública onde foram realizadas a pesquisa, observou-se uma variação da positividade de 27,5% a 42,5% para o uso de qualquer droga, e apesar desta variabilidade não houve diferença estatística (valor de $p = 0,55$) de detecção de positividade entre os hospitais. Da mesma forma, os mesmos comportamentos foram observados para as variáveis raça, estado civil, companheiro fixo, programa social e chefe de família (valor de $p > 0,05$). No entanto, para as variáveis grau de escolaridade e tempo de USG foi observado significância estatística (valor de $p < 0,05$) com uma prevalência de positividade variando de 8 (66,7%) “ter o curso técnico” a 1 (9,1%) “Ensino Fundamental I 1ª a 4ª série” e uma variação de positividade de 11 (68,8%) “tempo de USG ≤ 12 semanas” a 24 (28,0%) “Tempo de USG 24+ semanas” (Tabela 4).

Na parte em que o questionário ASSIST relativo ao auto relato das pacientes, foi observado uma significância estatística (valor de $p < 0,05$) com altas prevalências de positividade para o consumo de qualquer droga quanto ao estado civil nas classes de “separada” 1 (100,0%) e solteira 42 (93,3%), grau de escolaridade para as classes ensino “fundamental I 1ª a 4ª série” 11 (100,0%) e “ensino fundamental II 5ª a 9ª série” e programa social para as classes “auxílio doença” 1 (100,0%) e “bolsa família” 45 (97,8%). Nas demais variáveis não foi observado significância estatística conforme tabela 4.

4.3 COMPARATIVIDADE ENTRE OS RESULTADOS OBTIDOS ENTRE O QUESTIONÁRIO ASSIST E A TESTAGEM RÁPIDA DE URINA

Ao analisar o comportamento das distribuições dos resultados obtidos para o consumo de qualquer droga detectado pelo ASSIST e pelo teste de urina, observamos percentuais mais elevados de positividade com significância estatística

(valor de $p_{\text{mantel}} < 0,05$) para as variáveis estado civil, grau de escolaridade, programa social e tempo de USG.

Na análise do variável estado civil, observou-se que as prevalências de positividade para uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 0 (0,0%) “separada” a 18 (40,0%) “solteira”, enquanto que as prevalências observadas para o auto relato variou de 35 (71,4%) “casada” a 1 (100,0%) “separada” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0,015$), de acordo com tabela 4.

Quanto ao nível de escolaridade, as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 1 (9,1%) “Ensino Fundamental I 1ª a 4ª série” a 8 (66,7%) “curso técnico”. Já na análise referente ao auto relato as prevalências de positividade variaram de 11

(91,7%) “curso técnico” a 11 (100,0%) “Ensino Fundamental I 1ª a 4ª série” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0.056$) (Tabela 4).

Para o programa social, tanto no teste de urina quanto no auto relato a classe auxílio doença apresentaram a mesma prevalência 1 (100,0%). No entanto, na análise das demais classes as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 0

(0,0%) “Loas” a 37 (35,9%) “não recebe”. Enquanto que na análise do auto relato as prevalências de positividade variaram de 1 (50,0%) “Loas” a 45 (97,8%) “bolsa família” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0,022$) conforme tabela 4.

Em relação ao tempo de USG, as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de

24 (28,0%) “24+ semanas” a 11 (68,8%) “≤ 12 semanas”. Enquanto que na análise do auto relato as prevalências de positividade variam de 42 (84,0% ≤ 12 semanas a 14 (87,5%) 24+ semanas (valor de $p_{\text{mantel}} = 0,022$) (Tabela 4).

Tabela 4- Associação do uso de drogas (teste de urina e auto relato) com as variáveis socioeconômicas e biológicas e a comparação entre as distribuições do teste Rápido de Urina com a do Auto relato - Recife 2017/2018. (Continua)

Variáveis	<u>Teste Rápido</u>				de p	Auto Relato				de p	Valor de	
	N	%	N	%		(qualquer droga)	de p	N	%		p_{Mantel}	
Uso de Drogas Hospital	104	65,0	56	35,0		21	13,1	139	8226,9			
CISAM	27	67,5	13	32,5		7	17,5	33	82,5			
HAM	29	72,5	11	27,5		6	15,0	34	85,0			
HMR	23	57,5	17	42,5		4	10,0	36	90,0			
MBF	25	62,5	15	37,5	0,5536	4	10,0	36	90,0	0,7514	0,3539	
Raça												
Branca	19	57,6	14	42,4		3	9,1	30	90,9			
Preta	11	61,1	7	38,9		3	16,7	15	83,3			
Amarela	3	75,0	1	25,0		0	0,0	4	100,0			
Parda	69	68,3	32	31,7	0,6782	15	14,9	86	85,2	0,8209	0,5748	
Estado Civil												
Solteira	27	60,0	18	40,0		3	6,7	42	93,3			
Casada	5	71,4	14	28,6		14	28,6	35	71,4			
Separada	1	100,0	0	0,0		0	0,0	1	100,0			
União Estável	39	62,9	23	37,1	0,6202	4	6,5	58	93,6	0,0033	0,0150	

ARRIBAS, C.G - Prevalência do Uso das Drogas como Álcool..

**Compa
nheiro
Fixo**

Sim

97

65,1 52 34,9 21 14,1 128 85,9

Não 5 62,5 3 37,5 1,0000 0 0,0 8 100,0 0,5987 0,6357
Ler

Sim 102 65,4 54 34,6 21 13,5 135 86,5

Não 2 50,0 2 50,0 0,6122 0 0,0 4 100,0 1,0000 0,5893

**Grau
de
Escola
ridade**

Ensino
Funda
mental
1 a 4 10

90,9 1 9,1 0 0,0 11 100,0

Ensino
Funda
mental
5 a 9 23

62,2 14 37,8 1 2,7 36 97,3

Ensino
Médio 52

64,2 29 35,8 16 19,8 65 80,3

Curso
técnico

Comp
/Incom
p 4

33,3 8 66,7 1 8,3 11 91,7

Ensino
Superio
r

Comp/l
ncomp 14

77,8 4 22,2 **0,0457** 3 16,7 15 83,3 **0,0553 0,0559**

Tabela 4- Associação do uso de drogas (teste de urina e auto relato) com as variáveis socioeconômicas e biológicas e a comparação entre as distribuições do teste Rápido de Urina com a do Auto relato - Recife 2017/2018. (Continuação)

Valor Variáveis	Teste Rápido				de p	Auto relato (qualquer droga)				de p	p _{Mantel}
	Negativo		Positivo			Negativo		Positivo			
	N	%	N	%		N	%	N	%		
Prog. Social											
Auxílio	0	0,0	1	100,0		0	0,0	1	100,0		
Doença											
Loas	2	100,0	0	0,0		1	50,0	1	50,0		
Bolsa Família	30	65,2	16	34,8		1	2,2	45	97,8		
Outros	4	80,0	1	20,0		1	20,0	4	80,0		
Não recebe	66	64,1	37	35,9	0,6091	17	16,5	86	83,5	0,0218	0,0000
Chefe de Família											
Sim	23	60,5	15	39,5		3	7,9	35	92,1		
Não	79	66,4	40	33,6	0,5600	18	15,1	101	84,9	0,4109	0,2999
Tempo USG (semanas)											
<= 12	5	31,3	11	68,8		2	12,5	14	87,5		
12 a 24	36	69,6	14	30,4		11	13,9	68	86,1		
<u>24+</u>	55	72,0	24	28,0	0,0094	8	16,0	42	84,0	0,9413	0,0275

4.4 ALTERAÇÕES EM EXAMES DE IMAGEM DECORRENTES DO CONSUMO DE DROGAS

A análise da associação dos tipos de drogas detectadas pelo teste rápido de urina com as variáveis socioeconômico e biológica do questionário ASSIST observou-se que houve significância estatística (valor de $p < 0,05$) apenas para as variáveis chefe de família e tempo de USG. Desta forma, a análise revelou haver significância estatísticas (valor de $p = 0,0073$) mostrando uma associação do tempo de USG com as drogas. Assim, as mulheres com $USG \leq 12$ semanas apresentaram uma variação na prevalência de 5,2% “Negativos” a 50,0% para “Outras drogas”, já para as grávidas que estavam com 12-24 semanas foram observadas poucas variações de 57,3% “Negativos” a 46,4% para “anfetamínicos”.

No entanto, “outras drogas” que se apresentou com uma prevalência mais elevada para as grávidas que estavam com ≤ 12 semanas, apresentaram a menor prevalência para as mulheres que estão com 24+ semanas, onde houve uma variação de prevalência de 0,0% “Outras drogas” a 39,3% “*C. sativa*”, e a prevalência para as mulheres que foram “Negativos” foi de 37,5% (valor de $p = 0,0073$).

A outra variável com significância estatística (valor de $p = 0,0125$) foi ser chefe de família, apresentaram alta prevalência 83,3% para “Outras drogas” observando uma variação das prevalências de 16,7% “anfetamínicos” a 83,3% “Outras drogas”. Enquanto, que para os que não são chefe de família observou-se uma alta prevalência 83,3% para “anfetamínicos” e a menor prevalência foi 16,7% para “Outras drogas” (Tabela 5).

Tabela 5- Associação das variáveis biológicas e socioeconômicas com o diagnóstico do Teste ASSIST em relação dos Anfetamínicos (Amp), *C. sativa* (THC) e outras drogas – Recife- 2017/2018.
(Continua)

Variáveis	Teste Rápido								Valor de P
	Negativo		Amp		THC		Outras		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Uso de Drogas Hospital									
CISAM	27	26,0	9	30,0	3	15,0	1	16,7	
HAM	29	27,9	7	23,3	4	20,0	0	0,0	
HMR	23	22,1	11	36,7	4	20,0	2	33,3	
MBF	25	24,0	3	10,0	9	45,0	3	50,0	0,1453
Raça									
Branca	19	18,6	10	35,7	4	20,0	0	0,0	
Preta	11	10,8	4	14,3	3	15,0	0	0,0	
Amarela	3	2,9	0	0,0	1	5,0	0	0,0	
Parda	69	67,7	14	50,0	12	60,0	6	100,0	0,4242
Estado Civil									
Solteira	27	26,5	10	34,5	6	30,0	2	33,3	
Casada	35	34,3	8	27,6	4	20,0	2	33,3	
Separada	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
União Estável	39	38,2	11	37,9	10	50,0	2	33,3	0,9099

Tabela 5- Associação das variáveis biológicas e socioeconômicas com o diagnóstico do Teste ASSIST em relação dos Anfetamínicos (Amp), *C. sativa* (THC) e outras drogas – Recife- 2017/2018.
(Continuação)

Variáveis	TesteRápido								Valor de P
	Negativo		Amp		THC		Outras		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Companheiro Fixo									
Sim	97	95,1	27	93,1	20	100,0	5	83,3	
Não	5	4,9	2	6,9	0	0,0	1	16,7	0,2777
Ler									
Sim	102	98,1	29	96,7	19	95,0	6	100,0	
Não	2	1,9	1	3,3	1	5,0	0	0,0	0,4788
Grau de Escolaridade									
Ensino Fundamental 1 a 4	10	9,7	0	0,0	1	5,0	0	0,0	
Ensino Fundamental 5 a 9	23	22,3	8	26,7	6	30,0	0	0,0	
Ensino Médio	52	50,5	14	46,7	10	50,0	5	83,3	
Curso técnico Comp/Incomp	4	3,9	5	16,7	2	10,0	1	16,7	
Ensino Superior Comp/Incomp	14	13,6	3	10,0	1	5,0	0	0,0	0,2388
Programa Social									
Auxilio Doença	0	0,0	1	3,3	0	0,0	0	0,0	
Loas	2	2,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Bolsa Família	30	29,4	7	23,3	6	31,6	3	50,0	
Outros	4	3,9	0	0,0	0	0,0	1	16,7	
Não Recebe	66	64,7	22,00	73,3	13	68,4	2	33,3	

Chefe de Família									
Sim	23	22,6	5	16,7	5	26,3	5	83,3	
Não	79	77,5	25	83,3	14	73,7	1	16,7	0,0125
Tempo USG (Semanas)									
≤ 12	5	5,2	4	14,3	4	26,7	3	50,0	
12 a 24	55	57,3	13	46,4	8	53,3	3	50,0	
24 +	36	37,5	11	39,3	3	20,0	0	0,0	0,0073

A correlação entre o uso de drogas pelo ASSIST com a idade gestacional e o peso fetal não revelou significância estatística tanto para as mulheres que afirmaram consumo quanto as que negaram. Destaca-se que as médias e medianas entre estas usuárias e não adictas tiveram valores muito próximos, havendo discretas diferenças para o desvio padrão destas variáveis conforme descrito na tabela 06.

Tabela 6 – Correlação do peso fetal, idade gestacional (semanas) estratificado por uso de droga segundo ASSIST. Recife 2017/2018.

		Peso FetalTempo							Valor
(gr)	USG	N	Min	Max	Media	Mediana	DP	EP	de p
Resultado (ASSIST)									
Negativo	≤ 12	2	46,5	82,0	64,3	64,3	25,1	17,8	0,4658
Negativo	> 24	11	64,0	82,0	74,4	73,0	6,4	1,9	
Negativo	13 - 24	8	52,6	112,0	74,6	66,2	21,1	7,5	
Positivo	≤ 12	12	50,5	134,0	74,8	70,6	22,5	6,5	
Positivo	> 24	68	48,4	129,0	82,7	77,5	20,2	2,4	
Positivo	13-24	42	45,0	142,5	79,5	73,5	22,2	3,4	

DP – Desvio padrão; EP – Erro padrão

Negativo	69	72,00	3288,00	1226,13	941,00	902,02	108,59	
Positivo	31	80,00	3903,00	1537,84	1189,00	1231,43	221,17	0,4405
Idade (anos)								
Negativo	104	18,00	42,00	29,05	29,50	5,73	0,56	
Positivo	54	18,00	41,00	29,27	28,00	6,39	0,85	0,8302

Tabela 8- Avaliação das médias/medianas do peso, altura, pressão sistólica, diastólica, peso fetal e idade estratificado pelo resultado do auto relato pelo ASSIST – Recife 2017/2018.

Variáveis (ASSIT)	N	Min	Max	Media	Mediana	DP	EP	Valor de P
Peso (kg)								
Negativo	21	46,50	112,00	73,50	72,60	14,76	3,22	
Positivo	137	45,00	142,50	80,07	74,80	20,64	1,76	0,2996
Altura (metro)								
Negativo	20	1,49	1,72	1,62	1,62	0,07	0,02	
Positivo	128	1,43	1,78	1,61	1,60	0,07	0,01	0,8816
Sistólica								
Negativo	20	90,00	160,00	118,00	120,00	13,99	3,13	
Positivo	109	80,00	170,00	113,89	110,00	15,55	1,49	0,2114

ARRIBAS, C.G - Prevalência do Uso das Drogas como Álcool..

Diastólica								
Negativo	20	60,00	100,00	76,50	80,00	11,82	2,64	
Positivo	108	50,00	100,00	72,13	70,00	11,33	1,09	0,1533
Peso Fetal								
Negativo	14	174,00	3903,00	1213,21	723,50	1064,06	284,38	
Positivo	86	72,00	3685,00	1340,59	1081,00	1017,40	109,71	0,6620
Idade (anos)								
Negativo	21	18,00	38,00	27,14	28,00	5,60	1,22	
Positivo	139	18,00	42,00	29,42	29,00	5,96	0,51	0,1162

5 DISCUSSÃO

O consumo abusivo de substâncias tem sido motivo de preocupação mundial com relação à saúde das gestantes e de seus filhos em diferentes níveis socioeconômicos. Recentemente, pesquisas têm alertado para o aumento progressivo e alarmante no consumo de drogas lícitas e ilícitas pelas mulheres, particularmente durante a gestação. As prevalências de uso dessas substâncias no período gestacional variam muito e tem sido difícil estabelecer sua estimativa do fenômeno real (ALIANE, 2008; ANGELUCCI, 2010; VAN GELDER ET AL., 2010; MEYER-LEU, LEMOLA, DAEPPEN, DERIAZ, & GERBER, 2011; HAYATBAKHS et al., 2011; DE SANTIS et al., 2011; BEHNK & SMITH, 2013; SCHAUBERGER; NEWBURY; COLBURN & AL-HAMADAM, 2014).

Estudos demonstram que quando as mulheres iniciam o uso de drogas, estas aumentam rapidamente o consumo de álcool, *C. sativa* e cocaína de maneira mais rápida que os homens, havendo também maior risco de desenvolverem abuso e dependência química de substâncias. Soma-se a isto a maior vulnerabilidade de comportamentos de risco, como sexo desprotegido, gravidez precoce e abortos, sendo estes crescentes na população brasileira e tornando-se um grave problema de saúde pública, independente do incremento deste risco pelo uso de drogas (MADRUGA, 2018).

O hábito de usar estas drogas lícitas ou ilícitas no período da gravidez pode ser sub diagnosticado devido ao “sentimento de culpa” das gestantes, que prevendo uma possível repreensão e desaprovação pelos profissionais de saúde, podem negar ou afirmar um consumo menor da substância (KASSADA, 2013).

Neste contexto, o consumo tornou-se um grave problema social e de saúde pública. Estas pacientes que sofrem com esta dependência química têm menor adesão a assistência pré-natal, tem menor participação em grupos voltados para gestantes e apresentam maior risco de intercorrências obstétricas e fetais. Além

disso, a maioria das usuárias abandonam os filhos ou podem ser consideradas pela justiça, incapazes para os cuidados com os filhos (KASSADA, 2013).

Com isso, trata-se de uma gestação de alto risco em razão não somente do uso da droga durante o período de desenvolvimento do feto, mas também da condição de risco social e emocional dessas mulheres. Torna-se de fundamental importância a implantação de serviços especializados para o acompanhamento dessa população e a detecção precoce do uso de drogas de abuso por gestantes (ZILBERMAN, 2003).

Como consequência ao consumo destas drogas, a gestante que costuma usar álcool pode ter abortamento, além disso o feto pode apresentar lesões orgânicas sistêmicas ou neurológicas. Poderá nascer com um conjunto de sinais e sintomas denominado de síndrome alcoólica fetal (SAF), que é reconhecida como a maior causa de retardo mental no ocidente (ALARCON, 2012).

Com relação ao uso do tabaco na gestação, é reconhecido que os filhos de mães tabagistas apresentam menor peso ao nascerem, além disto, este comportamento é responsável por um aumento da mortalidade fetal e neonatal, como também a frequência de abortos espontâneos e malformações fetais (ALARCON, 2012).

Em conformidade com uma pesquisa realizada pela FIOCRUZ (2012) que revelou quase ¼ de consumidores de crack eram usuários de injetáveis em comparação com nossos resultados de 5.8% no auto relato do teste ASSIST. Ressalta-se que a maior prevalência do uso de drogas no primeiro trimestre pode ser pelo fato das mulheres não saberem que estavam grávidas.

Com referência as drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack, elas são consideradas deletérias à gestante e ao feto, embora a relação de causa-efeito seja difícil de ser estabelecida. Diversos autores concordam que o uso de drogas ilícitas na gestação pode ter sérios agravos à saúde física e ao bem-estar psicossocial da mulher e da criança, como aborto, prematuridade, baixo peso ao nascer e diminuição

do perímetro cefálico (COSTA et al, 1998; YAMAGUCHI et al, 2008; SIQUEIRA et al, 2011).

Por isto, é de grande importância se incentivar e se fazer o pré-natal com estas gestantes, pois o acompanhamento adequado permite a identificação das situações de risco precocemente, prevenindo os desfechos negativos na gestação, no período neonatal e a ocorrência de óbitos (PORTELA, 2013).

A frequência e a regularidade no acompanhamento do pré-natal permitem o desenvolvimento do vínculo entre a gestante e o profissional de saúde, o que possibilita o aprofundamento da relação com maior troca de informações, facilitando a identificação de hábitos de vida prejudiciais à saúde, como o uso inadequado de álcool e drogas (PORTELA, 2013).

Siqueira (2011), relata que na Europa, a cocaína é uma das drogas mais utilizadas por mulheres no período gestacional. Em Londres no ano de 1995, foi identificado por meio de análise urinária que o consumo de substâncias ilícitas ocorreu de forma contínua durante a gestação, com uma taxa de exposição de 10,6% no primeiro trimestre. De acordo com esse estudo, a cocaína contribuiu com 1,1% dessa taxa. Na Espanha, em 1995, foi encontrada, por meio de análise de meconio do recém-nascido, positividade para abuso de drogas de 7,9%, dentre elas a cocaína com 4,4%.

Com relação ao consumo individual das drogas, entre as 160 pacientes do nosso estudo, através do questionário ASSIST, observamos altas prevalências para o consumo de álcool 131 (81,9%) e tabaco 104 (65,0%), enquanto que para as drogas ilícitas a maconha foi a mais prevalente 27 (16,9%) seguido pelos hipnóticos/sedativos 19 (12,0%).

Em relação ao consumo nos últimos 90 dias desde o início da gravidez observar-se que 45 (28,1%) das gestantes afirmaram consumir algumas destas drogas, 28 (17,5%) não conseguiram reduzir seu consumo e 9 (5,8%) usaram drogas injetáveis.

Na avaliação do percentual de positividade para o consumo de qualquer tipo de drogas detectada por meio do teste rápido de urina, realizado nas pacientes no primeiro trimestre de gestação, atendidas nos quatro hospitais onde foram realizadas a pesquisa, observamos uma variação da positividade de 27,5% a 42,5% para o uso de qualquer droga. Com esta variabilidade, não houve diferença estatística (valor de $p = 0,55$) de detecção de positividade entre os hospitais.

Fatores como o tempo decorrido do consumo de álcool e outras drogas, influenciaram para a negatividade de muitas pacientes ao teste rápido de urina. Este teste urinário requer níveis maiores de concentração destas substâncias para ser detectado, decresce com o passar de horas e até mesmo dias, bem como através da ingestão de líquidos para o caso do álcool, reduzindo sua positividade. Mas, se mostrou muito sensível e específico em pacientes que se enquadraram no tempo adequado para a captação do uso destas drogas pelo teste.

Ao analisarmos comparativamente o comportamento das distribuições dos resultados obtidos para o consumo de qualquer droga detectado no auto relato pelo ASSIST e pelo teste de urina, observamos percentuais mais elevados de positividade com significância estatística (valor de $p_{\text{mantel}} < 0,05$) para as variáveis estado civil, grau de escolaridade, programa social e tempo de USG.

Na análise da variável estado civil, observamos que as prevalências de positividade para uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 0 (0,0%) “separada” a 18 (40,0%) “solteira”, enquanto que as prevalências observadas para o auto relato variou de 35 (71,4%) “casada” a 1 (100,0%) “separada” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0,015$).

Quanto ao nível de escolaridade, as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os nossos resultados do teste de urina variaram de 1 (9,1%) “ensino fundamental I 1º a 4º série” a 8 (66,7%) “curso técnico”. Enquanto que na análise do auto relato as prevalências de positividade variaram de 11 (91,7%) “curso técnico” a 11 (100,0%) “ensino fundamental I 1º a 4º série” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0.056$).

Não obstante, Kassada et al (2013), observaram em seus estudos que das 394 mulheres entrevistadas, 72 (18,3%) faziam uso de drogas de abuso durante a gestação. A média de idade das gestantes foi de 25,2 anos, (mediana e moda de 26,0 anos). Das 72 mulheres 63,9% tinham entre 19 a 30 anos, 48,6% tinham de 9 a 11 anos de estudo, 36,11% eram solteiras, 59,16% estavam empregadas, 75% tinham renda familiar de dois a três salários mínimos e 45,83% eram pardas.

Maia et al (2015), em um período de 9 semanas, observou que foram realizadas 1.797 consultas de pré-natal em uma Unidade de Referência da Atenção Primária a Saúde no Município de Rio Branco no Acre. Essas mulheres tinham idade entre 18 a 37 anos. Identificou-se que no período da gravidez as gestantes continuavam fazendo uso das seguintes drogas: 47 (2,61%) faziam uso de crack, 37 (2,05%) consumia bebida alcoólica, 22 (1,22%) fumava maconha, 19 (1,00%) eram fumantes de tabaco e 17 (0,94%) faziam uso de cocaína.

Não obstante, Rocha (2016), corrobora com nosso estudo, confirmando que no Brasil, deveriam existir mais estudos e dados referentes a gestantes usuárias de drogas ilícitas. Em 1999, na cidade de Porto Alegre, foi estimada taxa de uso de cocaína em gestantes de 1,7% por entrevistas maternas e de 6% por análises toxicológicas, exame de mecônio, em estudo caso-controle.

Portela (2013), em seu trabalho, entrevistou nove puérperas com faixa etária entre 15 e 28 anos, sendo a média de idade de 20,6 anos, sendo 06 (seis) das entrevistadas eram primíparas e 03 (três) multíparas. Em relação ao grau de escolaridade, apenas duas possuíam o ensino fundamental completo, sendo que sete não haviam completado o ensino fundamental. Quanto à atividade laboral uma era costureira, uma ex-profissional do sexo, uma era moradora de rua e as outras seis participantes não exerciam atividade laboral, bem como a ausência de boa estrutura familiar e relação instável com o parceiro.

O ministério da Saúde refere que a baixa escolaridade é um fator de risco que aumenta a mortalidade materna visto que a dificuldade de acesso e

compreensão das informações levam a um pré-natal irregular e pouco efetivo principalmente nas gravidezes de alto risco (SANTOS, 2016).

Com relação aos programas sociais, tanto no teste de urina quanto no auto relato a classe auxílio doença apresentaram a mesma prevalência 1 (100,0%). No entanto, para as demais classes, as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 0 (0,0%) “Loas” a 37 (35,9%) “não recebe”. Enquanto que na análise do auto relato as prevalências de positividade variaram de 1 (50,0%) “Loas” a 45 (97,8%) “bolsa família” (valor de $p_{\text{mantel}} = 0.022$).

Ressalta-se que a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar (PNAD, 2012) revelou que apenas 42.2% das mulheres nordestinas são economicamente ativas, o que acarreta maior vulnerabilidade por falta de autonomia feminina e maior exposição a condições sociais desfavoráveis para a gestante e o feto, em conformidade com nossa pesquisa a revelar a grande fragilidade social destas usuárias (IBGE, 2012).

Com relação aos exames de imagem, observamos em nossa pesquisa uma deficiência quanto a realização das ultrassonografias durante os pré-natais, tanto com relação a não-realização do USG quanto a escassez de informações descritas nos laudos dos radiologistas, como a ausência do peso fetal, do volume do líquido amniótico e do grau de maturidade placentária durante qualquer período da gestação, dificultando um melhor acompanhamento dos parâmetros de vitalidade fetal, limitando assim o nosso estudo.

Com isso, o tempo para realização de USG, as prevalências de positividade para o uso de qualquer tipo de droga de acordo com os resultados do teste de urina variaram de 24 (28,0%) “24+ semanas” a 11 (68,8%) “ ≤ 12 semanas”. Enquanto que na análise do auto relato as prevalências de positividade variam de 42 (84,0%) ≤ 12 semanas a 14 (87,5%) 24+ semanas (valor de $p_{\text{mantel}} = 0.022$).

Desta forma, constatamos que o acompanhamento destas usuárias de drogas no pré-natal, torna-se mais deletério pela escassez de coleta de informações acarretando efeitos indetectáveis de malformação congênita intrauterina, alterações placentárias e/ou de líquido amniótico irregular durante todos os trimestres da gravidez.

Fizemos uma associação entre exames de imagem com o consumo de drogas. A análise da associação dos tipos de drogas detectadas pelo teste rápido com as variáveis socioeconômico e biológica do questionário ASSIST revelou que para aquelas mulheres em que o teste foi negativo, se observou que no USG ≤ 12 semanas tinha uma prevalência de 5.2%, já entre 12-24 semanas foram 57.3% negativos. Com relação aos resultados positivos, o consumo de anfetamínicos aumentou intensamente no período de 12-24 semanas (46.4%) comparada com ≤ 12 semanas (14,3%) e processo similar ocorreu em relação a *C. sativa* que no segundo observou-se uma prevalência de (53.3%) que representa um aumento significativo em relação com ≤ 12 semanas (26,7%) (valor de $p = 0.0073$).

Outra variável com significância estatística foi ser chefe de família, revelando que para aquelas que foram positivas para anfetamínicos e *C. sativa* apresentaram uma alta prevalência (83,3% e 73,7%) respectivamente para os que não eram chefe de família, enquanto que outras drogas a alta prevalência (valor de $p = 0,0124$) foi observada para os que eram chefe de família.

Amorim (2009) narra em seu trabalho que pesquisadores dos Estados Unidos e da Europa desenvolveram dois grandes estudos (Radius e Eurofetus), sendo o primeiro um ensaio clínico randomizado envolvendo 15.281 gestantes de baixo risco e o segundo um estudo prospectivo envolvendo 170.800 gestantes. No estudo Radius, um grupo de gestantes foi submetido a duas USG (entre a 15^a e a 22^a e entre a 31^a e a 35^a semanas), enquanto em um segundo grupo só se realizava USG em caso de indicação clínica. A frequência de malformações congênitas maiores foi de 2,3%, e a taxa de detecção observada foi de 35% no grupo de intervenção com 02 USGs e de apenas 11% no grupo controle.

Os autores observaram também diferença na taxa de detecção de acordo com o local da realização do exame, sendo de 35% nos centros terciários e de 13% nos demais serviços. Apesar da diferença na taxa de detecção, o estudo não evidenciou impacto significativo na frequência de abortamento por malformações congênitas e na taxa de sobrevivência de Recém-Nascido com malformações potencialmente tratáveis (AMORIM, 2009).

Com relação ao estudo Eurofetus, as gestantes eram estimuladas a realizar uma USG entre a 18^a e a 22^a semanas, sendo realizados, em média, três exames. A taxa de detecção foi de 56,2%, sendo de 73,7% para as malformações maiores e de 45,7% para as menores. Uma das justificativas para a maior taxa de detecção deste estudo, quando comparada ao Radius, foi o fato de ter envolvido apenas centros terciários (AMORIM, 2009).

Isso demonstrou que as USGs realizadas em locais mais especializados com melhor complexidade, tendem a ter uma melhor qualidade de informações. Com isso, estes estudos corroboram com nossos resultados com relação a ausências de informações importantes neste exame de imagem realizado em determinadas unidades estaduais e municipais no grande Recife. Com isso, dificultando um diagnóstico precoce de possíveis malformações no feto decorrentes do uso de drogas lícitas e ilícitas pelas gestantes (AMORIM, 2009).

Bruns (2012), narra em seus estudos, que fundamentalmente, como qualquer outro exame de rotina de pré-natal, o exame morfológico de segundo trimestre é um teste de rastreamento e, como tal, é caracterizado pela identificação de uma doença ou fator de risco não reconhecido. Os testes de rastreamento separam os indivíduos potencialmente doentes daqueles com baixo risco de doença. No caso da ultrassonografia morfológica, o objetivo é separar os indivíduos com alto risco para malformações congênitas daqueles com baixo risco.

Entretanto, é importante ressaltar que a aplicação clínica de um teste de rastreamento deve ser norteada pela premissa de que o diagnóstico permita uma conduta que altere o desfecho daquele indivíduo. Reforçando ao nosso estudo a

necessidade de USGs bem realizadas pelos profissionais com riquezas de informações para um diagnóstico precoce e com isso estabelecer um tratamento direcionado para estas gestantes (BRUNS, 2012).

Embora algumas variáveis tenham apresentado níveis mais elevados, ao comparar as avaliações clínicas realizadas através das informações obtidas no questionário aplicado nas pacientes com os dados antropométricos não foi observado diferenças entre os positivos e negativos, tanto do teste rápido quanto o auto relato.

Oliveira (2017), em seu trabalho, estudou 363 gestantes (média de idade gestacional = $23,4 \pm 9,3$ semanas) na faixa etária de $24,1 \pm 6,0$ anos, com idade mínima e máxima de 14 e 44 anos, respectivamente, com quase $\frac{1}{4}$ delas sendo adolescentes. Cerca de 60% apresentava renda familiar mensal < 1 salário mínimo, com 8,3% delas na linha da pobreza; a maioria (72,2%) era do lar, e mais de 90% delas tinha mais de 4 anos de estudo.

Nesta pesquisa, hiperglicemia e pressão arterial elevada na gestação foram fatores que se associaram à insegurança alimentar, e que provavelmente são consequências dessa condição, visto que são alterações metabólicas normalmente relacionadas a hábitos de vida inadequados, incluindo a alimentação. Alguns estudos têm mostrado menor consumo de alimentos construtores e reguladores e consumo excessivo de alimentos industrializados entre famílias em insegurança alimentar (Oliveira,2017).

Em nosso estudo, as mulheres que consomem essas drogas, muitas não têm uma alimentação adequada e regular, decorrentes do consumo dessas substâncias e pelas precárias condições econômicas que se encontram. Também possibilitou observar a alta prevalência de gestantes usuárias de drogas e a escassez no diagnóstico clínico e radiológico, bem como no acompanhamento adequado dessas gestantes e a necessidade de incentivo de pesquisas longitudinais e políticas públicas direcionadas para as mulheres usuárias de drogas que são assistidas pelo SUS.

A detecção precoce destas pacientes com maior risco de uso de drogas durante o pré-natal pode permitir uma intervenção mais efetiva, reduzindo comportamentos de risco à saúde para a mãe e o bebê, bem como a melhoria da qualidade da assistência por parte dos profissionais da área de saúde. Durante o pré-natal, deve-se dar especial atenção as gestantes que relatam uso de drogas lícitas e ilícitas, visando um encaminhamento direcionado a serviços especializados com equipes multiprofissionais para acolher e dar o tratamento adequado. Além disso, devem ser realizados exames com boas qualidades e riqueza de informações para diagnosticar e tratar com precocidade, possíveis malformações decorrentes do consumo de drogas de abuso.

6 CONCLUSÃO

Nos resultados obtidos para o consumo de qualquer droga detectado pelo ASSIST e pelo Teste de Urina, observou-se significância estatística para as variáveis estado civil, grau de escolaridade, programa social e tempo de USG.

Com relação ao questionário ASSIST foi observado uma significância estatística com altas prevalências de positividade para o consumo de qualquer droga entre as solteiras, grau de escolaridade foi o ensino fundamental completo e programa social mais utilizado foi o bolsa família.

Os dados antropométricos não demonstraram diferenças entre os resultados positivos e negativos, tanto do teste rápido quanto no ASSIST. Apesar de algumas variáveis apresentarem níveis mais elevados.

Observamos uma deficiência quanto a realização das Ultrassonografias (USG) durante os pré-natais, com relação a escassez de informações descritas nos laudos dos radiologistas. Não foram observados descrição do peso fetal, do volume do líquido amniótico e do grau de maturidade placentária durante qualquer período da gestação, mostrando deficiência na realização das Ultrassonografias (USG) durante os pré-natais.

Embora sem diferença estatística, foi observada uma variação da positividade para o consumo de qualquer tipo de drogas, detectada por meio do teste rápido de urina, realizado nas pacientes no primeiro trimestre de gestação visto que a alta sensibilidade e especificidade reduzirem de acordo com o tempo de uso e do tipo de droga.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, R. R., et al. Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). *Addictive Behaviors*, v.39, p. 297–301, 2014.

ALARCON, S. Drogas psicoativas: classificação e bulário das principais drogas. In: Alarcon S, organizador. *Álcool e outras drogas: diálogos sobre um mal-estar contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 103-29, 2012.

ALBRIGHT, B.B; RAYBURN, W.F. Substance use among reproductive age women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, v.36 (4), p. 891-906, 2009.

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

ALPÁR, A.; DI MARZO, V.; HARKANY, T. At the tip of an iceberg: prenatal marijuana and its possible relation to neuropsychiatric outcome in the offspring. *Biol Psychiatry*. v.79, p.33–45, 2016.

ALVES, T. M.; ROSA, L.C.S. Usos de substâncias psicoativas por mulheres: a importância de uma perspectiva de gênero. *Rev Estud Fem*. v.24, n.2, p.443-462, 2016.

AMORIM, M.M.R. MELO, A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal – parte 2. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*; 31(7), p. 367-374, 2009.

ANGELUCCI, M. A. Exposição ao álcool na gestação e sintomas psiquiátricos na idade escolar (Dissertação de Mestrado). Universidade de São Paulo – Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, 2010.

AZOFEIFA A, MATTSON ME, SCHAUER G et al National estimates of marijuana use and related indicators—National Survey on Drug Use and Health, United States, 2002–2014. *MMWR Surveill Summ* 65:1–28. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss651> 1^a. 2016.

BAURER, C.R; *et al*. The Maternal Lifestyle Study: drug exposure during pregnancy and short-term maternal outcomes. *Am J Obstet Gynecol*, 186 (3), p. 487-95, 2002.

BERTRAND J, FLOYD RL, WEBER. M.K. Guidelines for identifying and referring persons with fetal alcohol syndrome. *MMWR Recomm Rep.*; 54(RR-11), p. 1-12. 2005.

BOTELHO, A.P.M; ROCHA, R.C; MELO, V.H. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. *Femina*, v. 41, n. 1, Janeiro/Fevereiro, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde/Secretaria Executiva/Coordenação Nacional de DST e AIDS. A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: 2003, 60p.

_____ A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, Brasília, 2003, 60 p.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Gestação de alto risco*: manual técnico. 5. ed. Brasília, p 233-234, 2012b.

_____ Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia Estratégico para o Cuidado de Pessoas com Necessidades Relacionadas ao Consumo de Álcool e Outras Drogas: Guia AD. 1 ed, 101 p, 2015.

_____ Ministério da Saúde. Consultório de rua do SUS. Brasília, 2010a.

Disponível

em:http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/consult_ua17_1_11.pdf> Acesso em: 13 fev. 2017.

_____ Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.

Aberta: portal de formação à distância: sujeitos, contextos e drogas [recurso eletrônico] / Ministério da Justiça e Segurança Pública, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, [em parceria com a SEAD-UFSC]. Disponível em: <http://www.aberta.senad.gov.br/>.2018.

BEHNK, M., & SMITH, V. C. Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. *American Academy of Pediatrics*, v.131, n.3, p. 10091024, march, 2013.

BERNARDO, M. H. O que é dependência química: um pouco de história sobre dependência química. *MIND* Publicação especializada em Saúde Mental e Dependência Química da Comunidade Terapêutica Bezerra de Menezes, São Paulo, v. 3, n. 15, p. 10-11, 1997a.

BOTELHO, A.P.N.: ROCHA, R.C.:MELO, V.H. Cocaine/crack use and dependency in pregnancy, delivery and puerperium. *FEMINA*, v.41, n.1 janeiro/fevereiro, p. 23032, 2013.

BRUNS, R.F.; JÚNIOR, E.A.; NARDOZZA, L.M.M.; FERNANDES MORON, A.F. Ultrassonografia obstétrica no Brasil: um apelo à padronização. Rev Bras Ginecol Obstet.; 34 (5), p. 191-5, 2012.

BUCKINGHAM-HOWES S, BERGER SS, SCALETTI LA, et al. Systematic review of prenatal cocaine exposure adolescent development. Pediatrics. v.131, p.1917-1936, 2013.

CAMARGO, P. O.; MARTINS, M.F.D.; Os efeitos do crack na gestação e nos bebês nascidos de mães usuárias: Uma revisão bibliográfica. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-169, 2014.

CANTILINO, A., LORENZO, PAULA, J. A., EINARSON, A.; Use of psychotropic medications during pregnancy: perception of teratogenic risk among physicians in two Latin American countries. Revista Brasileira de Psiquiatria. v.36, p.106–110, 2014.

CASCINI F, AIELLO C, DI TANNA G. Increasing delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ -9-THC) content in herbal cannabis over time: systematic review and meta-analysis. Curr Drug Abuse Rev 5:32–40. 2012.

CEBRID. Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras. Brasília- SENAD, 1 ed, 503 p, 2010.

CENTER OF DISEASE CONTROL. Reducing alcohol-exposed pregnancies [homepage on the Internet]. National task force on fetal alcohol syndrome and fetal alcohol effect; 2009 [cited 2010 Feb 21]. Available from: http://cdc.gov/ncbddd/fasd/documents/121972_RedAlcohPreg+Cov.pdf.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Alcohol use among childbearing women - United States, 1991-1999. MMWR. v. 51(13), p. 273-6, 2002.

CHUDLEY AE, CONRY J, COOK JL, LOOCK C, ROSALES T, LEBLANC N. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ.172(5 Suppl), p. 1S-21, 2005.

COSTA, M.T.Z; QUINTAL,V.S; HARO, F.M.B. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes? Pediatria (São Paulo); v. 20, p. 31722,1998.

CRIVES, M. N. S.; DIMENSTEIN, M. Se ntidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um Programa Público. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 1-24, 2003.

DAY, N. L.; RICHARDSON, G. A.; GOLDSCHMIDT, L. et al. Effect of prenatal marijuana exposure on the cognitive development of offspring at age three. *Neurotoxicol Teratol.* v.16 (2), p.169-175, 1994.

DEGENHARDT, L., & HALL, W. Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. *Lancet*, 379 (9810), p. 55–70, 2012.

DELANEY, D.B.; LARRABEE, K.D.; MONGA, M. Preterm premature rupture of membranes associated with recent cocaine use. *Am J Perinatol.* v.14, p. 285-288, 1997.

DE SANTIS, M.; DE LUCA, C.; MAPPA, I.; QUATTROCCHI, T.; ANGELO, L., & CESARI, E.. Smoking, alcohol consumption and illicit drug use in an Italian population of pregnant women. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v.159, p. 106-110, 2011.

DONG, D; CHEN, J; HARRINGTON, A; VINOD. K. Y; HEGDE. M. L; HEGDE, V. L. Cannabinoid exposure during pregnancy and its impact on immune function. *Cellular and Molecular Life Sciences* 76: n729–743. 2019.

DI FORTI, M.; MARCONI, A.; CARRA, E. et al. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *The Lancet Psychiatry.* v.2, p.233–238, 2015.

ELIZABETH Z. A., et al. Intimate partner violence trends in Brazil: data from two waves of the Brazilian National Alcohol and Drugs Survey. *Revista Brasileira de Psiquiatria*; v. 38, p.98–105, 2016.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. Teorias da personalidade. São Paulo: Harbra, 1986.

FERREIRA, P.E.; MARTINI, R.K. Cocaína: lendas, história e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria.* São Paulo: v.23, n.2, junho, 2001.

FERGUSSON, D. M.; HORWOOD, L. J.; NORTHSTONE, K, ALSPAC Study Team. Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood: Maternal use of cannabis and pregnancy outcome. *BJOG.* v.109, p.21–27, 2002.

IORE, M. "Tensões entre o biológico e o social nas controvérsias médicas sobre uso de drogas" paper apresentado no Seminário Temático "Ciências Sociais e Biologia em cenários contemporâneos: repensando fronteiras e interfaces" no XXVIII Encontro Anual da ANPOCS - Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais, 2004.

FLOYD RL, O'CONNOR MJ, SOKOL R.J., BERTRAND J, CORDERO JF. Recognition and prevention of fetal alcohol syndrome. *Obstet Gynecol.* V. 106(5 Pt 1), p. 1059-64, 2005.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. Rio de Janeiro, 2013a. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={9B17D77F-C442-4B2B-8705-117920F30C6F}&ServiceInstUID={74624DEB-0C14-4B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

_____ Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil. Rio de Janeiro, 2013b. Disponível em: <<http://portal.mj.gov.br/services/DocumentManagement/FileDownload.EZTSvc.asp?DocumentID={0FCD C036-D0AF- 4EDB-B2D5-140DF943F56C}&ServiceInstUID={74624DEB-0C144B3A-B8F3-CD26DEF53FC1}>>. Acesso em: 12 fev. 2018.

GALDURÓZ, J.C.; NOTO, A.R.; NAPPO, S.A.; CARLINI, E.A.. Household survey on drug abuse in Brazil: study involving the 107 major cities of the country-2001. *Addict Behav.* v. 30(3), p. 545-56, 2005.

GÉRARDIN M, VICTORRI-VIGNEAU C, LOUVIGNÉ C, RIVOAL M, JOLLIET P. Management of cannabis use during pregnancy: an assessment of healthcare professionals' practices. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* v. 20, p. 464-73, 2011.

GOLDSCHMIDT, L.; RICHARDSON, G. A.; CORNELIUS, M. D. et al. Prenatal marijuana and alcohol exposure and academic achievement at age 10. *Neurotoxicol Teratol.* v.26 (4), p.521-532, 2004.

GOLDSCHMIDT, L.; RICHARDSON, G. A.; WILLFORD, J. A. et al. School achievement in 14-year-old youths prenatally exposed to marijuana. *Neurotoxicol Teratol.* v.34 (1), p.161-167, 2012.

GONTIÈS, B.; ARAÚJO, L. F. Maconha: uma perspectiva histórica, farmacológica e antropológica. *Mneme: Revista de Humanidades, Caicó*, v. 7, n. 16, p.47-65, 2003.

GUNN, J. K. L.; ROSALES, C. B.; CENTER, K. E et al. Prenatal exposure to cannabis and maternal and child health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open* 6:e009986. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009986>, 2016.

HAAS, L.F. Coca shrub (*Erythroxylum coca*). *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* v.50, n.1, p.25, 1995.

HAYATBAKHSH, M., KINGSBURY, A. M., FLENADY, V., GILSHENAN, K. S., HUTCHINSON, D. M., & NAJMAN, J. M. Drug and Alcohol Review, 30; 181-187, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2012. Rio de Janeiro, 2013.

JAIQUES SC, KINGSBURY A, HENSHCKE P, CHOMCHAI C, CLEWS S, FALCONER J, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. J Perinatol. 34, p. 417-24, 2014.

JOHNSTON L, O'MALLEY P, BACHMAN J, SCHULENBERG J. Monitoring the Future national results on adolescent drug use: overview of key findings, 2011. Institute for Social Research, The University of Michigan, Ann Arbor. 2012.

JUTRAS-ASWAD, D; DINIERI, J. A.; HARKANY, T.; HURD, Y. L. Neurobiological consequences of maternal cannabis on human fetal development and its neuropsychiatric outcome. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 259, p. 395–412, 2009.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; WAIDMAN, M. A. P. Percepções e práticas de gestantes atendidas na atenção primária frente ao uso de drogas. Esc Anna Nery; v. 18 (3), p. 428-434, 2014.

LAMY, S.; DELAVENE, H.; THIBAUT, F. Licit and illicit substance use during pregnancy. Rev Prat. v. 64, p. 317-20, 2014.

LAMY, S. et al. Conséquences potentielles de la consommation de tabac, de cannabis et de cocaïne par la femme enceinte sur la grossesse, le nouveau-né et l'enfant : revue de littérature. L Encéphale. v.41, p. S13-20, 2015.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S.; Abuso e dependência de álcool e outras drogas. In: Almeida O.P.; Dratcu L.; Laranjeira R. Manual de Psiquiatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; p. 97-102, 1996.

LARANJEIRA, R. Álcool: da saúde pública à comorbidade psiquiátrica. Rev Bras de Psiq, São Paulo, v. 26, p. 1-2, 2004.

LEECH, S. L.; RICHARDSON, G. A.; GOLDSCHMIDT L, et al. Prenatal substance exposure: effects on attention and impulsivity of 6-year-olds. Neurotoxicol Teratol. v.21 (2), p.109-118, 1999.

LESTER, B.M., ELSOHLY, M.; WRIGHT, L.L.; SMERIGLIO, V.L.; VERTER, J.; BAUER, C.R.; et al. The maternal lifestyle study (MLS): drug use by meconium toxicology and maternal self-report. Pediatrics. v. 107(2), p. 309-17, 2001.

LIPARI, R. N.; HEDDEN, S. L.; HUGHES, A. Substance use and mental health estimates from the 2013 National Survey on Drug Use and Health: Overview of Findings. In: The CBHSQ Report. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US), Rockville)

LOPES, A. P.; REZENDE, M. M. Consumo de substâncias psicoativas em estudantes do ensino médio. Revista Psicologia: Teoria e Prática, São Paulo, v.16(2), maio- ago, p. 29-40, 2014.

MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S. D.; TOSCANO Jr., A. (Orgs.). Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 25-34.

MADRUGA, C. S.; MASSARO, L. T.S.; ABDALLA, R. R.; ARANJEIRA, R.; CAETANO R.; PINSKY, I. Alcohol misuse among women in Brazil: recent trends and associations with unprotected sex, early pregnancy, and abortion. Brazilian Journal of Psychiatry. p. 1-7, 2018.

MAIA, C.R.M.; JURUENA, M.F.P. Cocaína: aspectos históricos, farmacológicos e psiquiátricos. Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul, v.40, n.4, p.26373, 1996.

MAIA, J. A.; LEONARDO, L.A.; MENEZES, F.A. Consequências do uso de drogas durante a Gravidez. Revista Enfermagem Contemporânea. Jul/Dez, v. 4(2), p. 121128, 2015.

MARANGONI SR. Contextos de exclusão social e de vulnerabilidade de mulheres usuárias de drogas no ciclo gravídico puerperal [dissertação]. Maringá (PR): Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá; 2011.

MÅRDBY, A.; LUPATTELLI, A.; HENSING, G.; NORDENG, H. Consumption of alcohol during pregnancy-A multinational european study. Women and Birth.v. 30 (4), p.207–213, 2017.

MARQUES, A. C. P. R. O uso do álcool e a evolução do conceito de dependência de álcool e outras drogas e tratamento. Revista IMESC, São Paulo, v. 3, n. 3, p. 73-86, 2001.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. Crack: The new obstetric epidemic. Rev HCPA. v. 33 (1), p. 55-65, 2013.

MATTSON SN, SCHOENFELD AM, RILEY EP. Teratogenic effects of alcohol on brain and behavior. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA); 2001.

MAY P.A, GOSSAGE JP, KALBERG WO, ROBINSON LK, BUCKLEY D, MANNING M, HOYME HE. Prevalence and epidemiologic characteristics of FASD from various research methods with an emphasis on recent in-school studies. *DevDisabil Res Rev.*v.15 (3), p.176-92, 2009.

METZ, T. D.; ALLSHOUSE, A. A.; HOGUE, C. J. et al. Maternal marijuana use, adverse pregnancy outcomes and neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* v.217, p.478.e1–478.e8, 2017.

MEYER-LEU, Y., LEMOLA, S., DAEPPEN, J. B., DERIAZ, O., & GERBER, S. Association of Moderate Alcohol Use and Binge Drinking During Pregnancy with Neonatal Health. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research.* v. 35, n. 9, September, p. 1669-1677, 2011.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública.* Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

MISSE, M. Prefácios. In: MATTOS, H. F. (Org.). *Dependência química na adolescência: tratar a dependência de substâncias no Brasil.* Rio de Janeiro. Companhia de Freud, p.18-20, 2004.

MORAES, M. *Antologia Poética*, Rio de Janeiro, Ed. A Noite, p.14, 1954.

MORIARTY, K.M.; ALAGNA, S.W.; LAKE, C.R. Psychopharmacology: an historical perspective, *Psychiatr Clin North Am.* v.7, n.3, p.411-33, 1984.

MOTTA, K. M. C.; LINHARES, M. B. M. Perfil das Gestantes Usuárias de Álcool/Drogas e os Efeitos na Saúde e Desenvolvimento dos Filhos. *Interação Psicol.*, Curitiba, v. 19, n. 1, jan./abr., p. 133-144, 2015.

MUKHERJEE R, EASTMAN N, TURK J, HOLLINS S. Fetal alcohol syndrome: law and ethics. *JAMA.* 7, 369 (9568), p.1149-50, apr, 2007.

NAPPO, A. S. *et al.* Comportamento de risco de mulher usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo: CEBRID, 2004.

NICASTRI, S. Fluxo sanguíneo cerebral em dependentes de cocaína. Relações entre psicopatologia e neuroimagem. [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 1999.

OH, S.; REINGLE GONZALEZ, J. M.; SALAS-WRIGHT, C. P. et al. Prevalence and correlates of alcohol and tobacco use among pregnant women in the United States: evidence from the NSDUH 2005-2014. *Prev Med.* v.97, p.93–99, 2017.

OLIVEIRA, B.P. Alcoolismo: vivência familiar de uma doença social. Dissertação de Mestrado, Portugal, 2009, 149 p.

PEADON E, O`LEARY C, BOWER C, ELLIOTT E. Impacts of alcohol use in pregnancy – the role of the GP. Aust Family Physician. v.36 (11), p.935-9, 2007.

PERTWEE, R. G. Targeting the endocannabinoid system with cannabinoid receptor agonists: pharmacological strategies and therapeutic possibilities. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. v. 367, p. 3353–3363, 2012.

PORTELA, G. L. C, et al. Percepção da gestante sobre o consumo de drogas ilícitas na gestação. Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. v.9(2), p.58-63, May.-Aug., 2013.

PRENTICE, S. Substance misuse in pregnancy. Obstet Gynaecol Reprod Med. v.20(9), p.278-83, 2010.

RAYBURN, W.F. Maternal and fetal effects from substance use. Clin Perinatol. v. 34(4), p.559-71, 2007.

RIBEIRO, M., DUNN, J., SESSO, R., LIMA, M. S., & LARANJEIRA, R.. Crack cocaine: A five-year follow-up study of treated patients. European Addiction Research. v. 13(1), p.11–19, 2007.

RIBEIRO, H. L., et al. Efeitos do consumo de *Cannabis* na gravidez e no período pós-parto. Revista Debates em Psiquiatria. Mar/Abr, p. 16-24, 2016.

RIVIERA-FLORES, J.; CHAVIRA-ROMERO, M. Manejo anestésico del paciente com alcoholismo. Revista Mexicana de Anestesiologia. v. 27, n. 2, p. 97-106, 2004.

ROCHA, P. C. Prevalência e fatores associados ao uso de drogas ilícitas em gestantes da coorte BRISA. Cad. Saúde Pública. jan, Rio de Janeiro, v. 32(1), p. 113, 2016.

RODRIGUES P. B., ZAMBALDI, C. F., CANTILINO, A., SOUGEY, E. B. Special features of high-risk pregnancies as factors in development of mental distress: a review. Trends Psychiatry Psychother. v. 38(3), p. 136-140, 2016.

SANTOS, M.M. et al. Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes. Revista Baiana de Enfermagem. Salvador, v. 30, n. 2, abr./jun, p. 1-9, 2016.

SCHAUBERGER, C. V., NEWBURY, E. J., COLBURN, J. M., & AL-HAMADAM, M. Prevalence of illicit drug use in pregnant women in a Wisconsin private practice setting. American Journal of Obstetrics & Gynecology. v. 211:255, p.1-4, 2014.

SCHEFFER, M.; PASA, G. G. Alcohol, Cocaine, and Crack Dependence and Psychiatric Disorders. *Psic.: Teor. e Pesq. Brasília*, Jul-Set, v. 26, n. 3, pp. 533-541, 2010.

SCHOENDORF, K.; KIELY, J. L. Relationship of sudden infant death syndrome to maternal smoking during and after pregnancy. *Pediatrics*. v.90(6), p.905-908, 1992.

SCHWARCZ, Lilia Moritz. O espetáculo das raças: cientistas, instituições e questão racial no Brasil (1870-1930). 1ª ed.- São Paulo: Companhia das Letras, 1993, p.49. 1ª ed.- São Paulo: Companhia das Letras, 1993.

SCRAGG, R. K.; MITCHELL, E. A.; FORD, R. P., et al. Maternal cannabis use in the sudden death syndrome. *Acta Paediatr.* v. 90 (1), p. 57-60, 2001.

SEIDL, E.; COSTA, L. As drogas na atualidade. In: SEIDL, E. M. F. (Org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas: diga SIM à vida*. Brasília, DF: EAD/UnB/SENAD/CGI/PR. v. 1, p. 15-22, 1999.

SEMPLE, D. M.; McINTOSH, A. M.; LAWRIE, S. M. Cannabis as a risk factor for psychosis: systematic review. *Journal of Psychopharmacology*. Thousand Oaks CA, v.19, n.2, p.187-194, 2005.

SIQUEIRA, L.P; FABRI, A.C.O.C; FABRI, R.L. Aspectos gerais, farmacológicos e toxicológicos da cocaína e seus efeitos na gestação. *Revista Eletrônica de Farmácia*. VIII: p.75-87, 2011.

TACON, F.S.A.; AMARAL, W.N.; TACON, K.C.B. *Femina*. v. 46(1), p. 10-18,2018.

VALE, N. B.; DELFINO, J. As nove premissas aestesiológicas da bíblia. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. Campinas, v. 53, n. 1, p. 127-136, 2003.

VAN GELDER, M. M. H. J.; REEFHUIS, J., CATON, A. R.; WERLER, M. M.; DRUSCHEL, C. M., & ROELEVELD, N. Characteristics of pregnant illicit drug users and associations between cannabis use and perinatal outcome in a population-based study. *Drug and Alcohol Dependence*. v. 109, p. 243-247, 2010.

VESPUCCI, E. F.; VESPUCCI, R. O revólver que sempre dispara: os dependentes de drogas e os caminhos da recuperação, numa abordagem clínica. São Paulo: Casa Amarela, 1999.

VOLPE, J.J. Effect of cocaine use on the fetus. *N.Engl. J. Med.* v. 327(6), p. 399-407, 1992.

WENDELL, A.D. Overview and epidemiology substance abuse in pregnancy. Clin Obstet Gynecol. v. 56, p.91-6, 2013.

WHITE, S.M; LAMBE C.J. The pathophysiology of cocaine abuse. J Clin Forensic Med. v. 10(1), p.27-39, 2003.

WORLD HEALTH ORGANISATION (WHO, 2016). Management of substance abuse: Cannabis. http://www.who.int/substance_abuse/facts/cannabis/en.2016.

WRIGHT, A.; WALKER J. Management of women who use drugs during pregnancy. Semin Fetal Neonatal Med. v. 12(2), p.114-8, 2007.

YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.S.C.; TORRES, M.L.A.; ANDRADE, A.G. Drogas de abuso e gravidez. Revista de Psiquiatria Clínica. São Paulo, v.35, supl.1, 2008.

ZEFERINO M. T. et al. Consumo de drogas entre estudantes universitários: família, espiritualidade e entretenimento moderando a influência dos pares. Texto Contexto Enferm. Florianópolis; 24 (Esp), p. 125-35, 2015.

ZILBERMAN, ML; HOCHGRAF, P.B; ANDRADE, A.G. Gender differences in treatment-seeking brazilian drug-dependent individuals. Substance Abuse. v. 24(1), p.17-25, 2003.

APÊNDICE A
QUESTIONÁRIO APLICADO COM AS PACIENTES

**AVALIAÇÃO LABORATORIAL E CLÍNICA DECORRENTES DO USO DAS DROGAS COMO O
ÁLCOOL, COCAÍNA/CRACK E CANNABIS SATIVA NA GESTAÇÃO.**

I- IDENTIFICAÇÃO

1-Nº DA PESQUISA:	2-NOME:	
3-Nº PRONTUÁRIO:	4-HOSPITAL:	5-Nº DO CNS:
6-DATA DA ENTREVISTA	7-ENTREVISTADOR:	8-IDADE:
9-DATA DE NASCIMENTO	10-LOCAL DE NASCIMENTO	11-NOME DA MÃE
12-RAÇA (COR DA PELE AUTO REFERIDA)	13-ESTADO CIVIL	14-VOCÊ TEM COMPANHEIRO FIXO?
1 BRANCA 2 PRETA 3 AMARELA () 4 PARDA 5 INDÍGENA	1 SOLTEIRA 2 CASADA 3 SEPARADA) 4 VIUVA 5 UNIÃO ESTÁVEL 6 DIVORCIADA	1 SIM 2 NÃO ()

II- PROCEDÊNCIA

15-QUAL CIDADE QUE VOCÊ MORA?	16- ENDEREÇO:	
17-BAIRRO:	18-ESTADO	19-CEP:

20-TELEFONE:

III- CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS

21- VOCÊ SABE LER E ESCREVER? 1 SIM () 2 NÃO	22- QUAL O SEU GRAU DE ESCOLARIDADE? 1 ALFABETIZADO 2 ENSINO FUNDAMENTAL(1ª A 4ª SÉRIE) 3 ENSINO FUNDAMENTAL(5ª A 9ª SÉRIE) () 4 ENSINO MÉDIO 5 CURSO TÉCNICO COMPLETO OU INCOMPLETO 6 ENSINO SUPERIOR COMPLETO OU INCOMPLETO
---	--

23- QUAL A SUA OCUPAÇÃO? _____ _____	24- VOCÊ RECEBE ALGUM DESSES RENDIMENTOS? 1 AUXILIO DOENÇA 2 APOSENTADORIA POR INVALIDEZ () 3 LOAS 4 BOLSA FAMÍLIA 5 OUTROS 6 NÃO
--	--

25- QUANTO DINHEIRO VOCÊ RECEBEU MÊS PASSADO?(RENDA MENSAL): _____	26- VOCÊ É A CHEFE DA FAMÍLIA 1 SIM () 2 NÃO
---	---

IV- ASSIST- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DE USO DE ÁLCOOL E DROGAS

27- NA SUA VIDA QUAL(AIS) DESTA(S) SUBSTÂNCIAS VOCÊ JÁ USOU?	NÃO	SIM
1 derivados do tabaco	()	()
2 bebidas alcoólicas	()	()
3 maconha	()	()
4 cocaína/crack	()	()
5 anfetaminas ou êxtase	()	()
6 inalantes	()	()
7 hipnóticos/sedativos	()	()
8 alucinógenos	()	()
9 opioides/opiáceos	()	()
10 outras; especificar	()	()

28- Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

	NUNCA	1 OU 2X	MENS.	SEMAN.	DIAR./ QTD *
*DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS					
1 derivados do tabaco	0	2	3	4	6
2 bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
3 maconha	0	2	3	4	6
4 cocaína/crack	0	2	3	4	6

5 anfetaminas ou êxtase	0		2		3		4		6
6 inalantes	0		2		3		4		6
7 hipnóticos/sedativos	0		2		3		4		6
8 alucinógenos	0		2		3		4		6
9 opioides/opiáceos	0		2		3		4		6
10 outras; especificar	0		2		3		4		6

29- Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? NUNCA 1OU 2X MENS. SEMAN. DIAR./ QTD *

*DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS

1 derivados do tabaco	0		2		3		4		6
2 bebidas alcoólicas	0		2		3		4		6
3 maconha	0		2		3		4		6

4 cocaína/crack	0		2		3		4		6
5 anfetaminas ou êxtase	0		2		3		4		6
6 inalantes	0		2		3		4		6
7 hipnóticos/sedativos	0		2		3		4		6
8 alucinógenos	0		2		3		4		6
9 opioides/opiáceos	0		2		3		4		6
10 outras; especificar	0		2		3		4		6

30- Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo (primeira droga, depois a segunda droga, etc.) resultou em problemas de saúde, sociais legais ou financeiros?

NUNCA 1OU 2X MENS. SEMAN. DIAR./ QTD *

*DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS

1 derivados do tabaco	0		4		5		6		7
2 bebidas alcoólicas	0		4		5		6		7
3 maconha	0		4		5		6		7
4 cocaína/crack	0		4		5		6		7
5 anfetaminas ou êxtase	0		4		5		6		7
6 inalantes	0		4		5		6		7
7 hipnóticos/sedativos	0		4		5		6		7
8 alucinógenos	0		4		5		6		7
9 opioides/opiáceos	0		4		5		6		7
10 outras; especificar	0		4		5		6		7

31- Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (primeira droga,depois a segunda droga,etc.) você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

NUNCA 1OU 2X MENS. SEMAN. DIAR./ QTD *

*DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS

	0	5	6	7	8
1 derivados do tabaco	0	5	6	7	8
2 bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
3 maconha	0	5	6	7	8
4 cocaína/crack	0	5	6	7	8
5 anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
6 inalantes	0	5	6	7	8
7 hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
8 alucinógenos	0	5	6	7	8
9 opioides/opiáceos	0	5	6	7	8
10 outras; especificar	0	5	6	7	8

32- Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrando preocupação com seu uso de (primeira droga,depois a segunda droga,etc.)?

NÃO, NUNCA SIM, NOS ÚLT. 3 M SIM, MAS NÃO NOS ÚLT. 3 M

	0	6	3
1- derivados do tabaco	0	6	3
2-bebidas alcoólicas	0	6	3
3- maconha	0	6	3
4 -cocaína/crack	0	6	3
5- anfetaminas ou êxtase	0	6	3
6- inalantes	0	6	3
7-hipnóticos/sedativos	0	6	3
8- alucinógenos	0	6	3
9- opióides/opiá	0	6	3
10-outras;Especificar	0	6	3

33- Alguma vez você jê tentou controlar, diminuir ou para o uso de (primeira droga,depois a segunda droga,etc.) e não coseguiu?

NÃO, NUNCA SIM, NOS ÚLT. 3 M SIM, MAS NÃO NOS ÚLT. 3 M

	0	6	3
1- derivados do tabaco	0	6	3
2-bebidas alcoólicas	0	6	3
3- maconha	0	6	3
4 -cocaína/crack	0	6	3
5- anfetaminas ou êxtase	0	6	3
6- inalantes	0	6	3
7-hipnóticos /sed	0	6	3
8- alucinógenos	0	6	3

9- opióides /opiáceos	0	6	3
10-outras; Especificar	0	6	3

34- alguma vez você já usou drogas por injeção?(apenas uso não médico)
1 NÃO NUNCA
2 SIM, NOS ÚLTIMOS 3 MESES ()
3 SIM, MAS NÃO NOS ÚLTIMOS MESES

V- DADOS ANTROPOMÉTRICOS

35- PESO:

36- ALTURA:

37- PRESSÃO ARTERIAL:

38- MATURIDADE PLACENTÁRIA (VIA MEDIANTE ULTRASSONOGRÁFIA):

39- RESULTADO DO TESTE RÁPIDO:
1- POSITIVO ()
2- NEGATIVO

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome da Pesquisa: “AVALIAÇÃO LABORATORIAL E CLÍNICA DECORRENTES DO USO DAS DROGAS COMO O ÁLCOOL, COCAÍNA/CRACK E *CANNABIS sativa* NA GESTAÇÃO”.

Coordenadora do Projeto: Dra. Valéria Pereira Hernandes

Endereço: Av. Moraes Rego, s/n, no Campus da UFPE, CEP: 50670-420 Recife-PE e pelo Fone: 0XX81 2101-2500.

Vice- coordenadora do Projeto: Dra. Maria Rosimery de Carvalho Endereço: Rua São Miguel, 2035, Afogados, Recife-PE.

Prezada,

Convidamos a Sra. _____,

RG: _____ para participar voluntariamente neste projeto que será desenvolvido no Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ). O objetivo principal do referido projeto é Identificar e avaliar as consequências do uso das drogas Cocaína/Crack, *Cannabis sativa* e o álcool na gestação através da testagem urinárias para estas drogas.

O consumo de álcool e outras drogas é um dos mais importantes problemas de saúde pública mundial. Com as transformações econômicas e sociais nas últimas décadas houve significativo aumento no consumo de drogas entre as mulheres no mundo. Muitas dessas usuárias estão em idade reprodutiva e os efeitos nos bebês são uma crescente preocupação.

No período gestacional ocorrem muitas alterações hormonais onde o fluxo destes hormônios materno infantil aumentam através da placenta que também recebe nutrientes e oxigenação para o desenvolvimento do bebê; contudo, o uso de álcool e drogas pelas mães também são passadas ao filho de uma forma intensa a partir da décima segunda semana.

Deve-se fazer a orientação a estas gestantes que fazem uso destas drogas com relação aos malefícios que as mesmas acarretam a curto e a longo prazo, tanto para as mães como aos seus filhos. Nas mães percebe-se em curto prazo, alterações hipertensivas, diabetes gestacional, pré eclampse, etc e a longo prazo

para o recém nascido as alterações que justificam este projeto são os transtornos mentais e psiquiátricos na infância e juventude, bem como outros transtornos psiquiátricos. As consequências a longo prazo para as mães são isquemia cardíaca, cerebral, além da exposição maior a violência contra ela própria e ao bebê.

Através do projeto pretende-se alertar os gestores para incrementar, nas políticas públicas de atenção a saúde primária e a de saúde mental, a necessidade da detecção precoce durante a gestação e puerpério imediato do uso de álcool e outras drogas. Além disso, a testagem simples urinária de drogas juntamente com os resultados de exames de sangue e ultrassonografia, embasará os profissionais da área de saúde na conduta terapêutica mais eficiente, bem como nas orientações e nos encaminhamentos destas mulheres para tratamento nos equipamentos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Ressalta-se que as usuárias serão acompanhadas, durante toda pesquisa, pelo profissional que fará seu pré-natal e monitorará seu puerpério imediato tanto a nível hospitalar quanto em outras unidades de saúde como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento (UAs) que oferecem tratamento especializado em saúde mental.

A testagem de álcool e outras drogas se justifica como um aliado contra este grave problema de saúde pública que vem crescendo cada vez mais para uma prevenção de danos e agravos a saúde.

No projeto poderá haver o risco do constrangimento por parte das pacientes com relação a responder as perguntas do questionário. Contudo, este risco será minimizado, pois, a entrevista será realizada em local reservado para total integridade da paciente e sigilo de suas respostas. O questionário será aplicado por profissionais de saúde capacitados e treinados e no ato da entrevista serão tiradas todas as possíveis dúvidas por parte das mesmas. Ficando a critério da paciente a completa liberdade de seguir as orientações terapêuticas e encaminhamentos para RAPS.

Como a Sra. faz parte do grupo de pacientes, coletaremos uma amostra de urina para identificar a presença destas substâncias através de um teste simples e rápido que será realizado em no laboratório de Imunogenética da FIOCRUZ/ Recife.

A Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ) está autorizada a utilizar as informações obtidas através dos resultados dos procedimentos em reuniões, congressos, patentes e publicações científicas preservando, neste caso, a sua identidade. A senhora poderá contatar o CEP/CPqAM para saber se a pesquisa foi avaliada e aprovada quanto à ética do estudo. Da mesma forma o CEP poderá ser contatado através do endereço Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Avenida Moraes Rego, s/n, Cidade Universitária, caixa postal 7472, CEP: 50670420, Recife-PE, Brasil, telefone (81) 21012639 em caso de alguma denúncia de sua parte referente a essa pesquisa.

Tenho ciência do exposto acima e concordo em participar deste estudo.

Recife, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do paciente:

Testemunha: _____

Coordenador e/ou Vice Coordenador: _____

Esse projeto antes de seu inicio foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, podendo ser confirmado no site www.saude.gov.br/sisnep

ANEXO B
PARECER DO CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP) DO
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES (IAM/FIOCRUZ)



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: "Avaliação laboratorial e clínica decorrentes do uso das drogas como o álcool, cocaína/crack e cannabis sativa na gestação".

Pesquisador responsável: Valéria Pereira Hernandes

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 28/11/2016

Registro no CAAE: 62426316.6.0000.5190

Número do Parecer PlatBr: 1.968.331

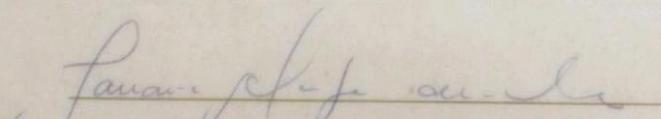
PARECER

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 466/12, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP.

O CEP/CPqAM reforça a necessidade de entrega de relatórios parcial e final, em cumprimento a resolução 466/12, capítulo XI, artigo 2d.

Recife, 17 de março de 2017.


Janaina Campos de Miranda
Coordenadora do CEP/CPqAM/FIOCRUZ-PE

Janaina Campos de Miranda
Pesquisadora em Saúde Pública
Coordenadora
Mat. SIAPE 464777
CEP / CPqAM / FIOCRUZ



Campus da UFPE - Av. Moraes Rego, s/n
CEP 50.670-420 Fone: (81) 2101.2639
Fax: (81) 3453.1911 | 2101.2639
Recife - PE - Brasil
comitodeetica@cpqam.fiocruz.br

