

Universidade Federal do Rio Grande Do Sul

JÉSSICA STRUBE HOLZTRATTNER

Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária.

Porto Alegre

2010

JÉSSICA STRUBE HOLZTRATTNER

Crack, gestação, parto e puerpério: um estudo bibliográfico sobre a atenção à usuária.

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^ª Dra. Anne Marie Weissheimer

Porto Alegre

2010

AGRADECIMENTOS

Durante esses nove semestres de curso, muitas pessoas entraram e saíram da minha vida. Cada uma delas teve um papel importante e com certeza, naquele momento em que estiveram comigo, cumpriram sua missão. Muitas também chegaram e permanecem até hoje, e outras, já faziam parte do meu mundo. A todas, obrigado por serem parte de mim e contribuírem de alguma forma para a minha formação.

Agradecer é reconhecer que todas as pessoas que participaram desta caminhada foram importantes e contribuíram de alguma maneira para minha evolução pessoal e, conseqüentemente profissional, seja com uma palavra, com um abraço, com um sorriso, com uma gargalhada, com uma lição, com um puxão de orelha, com um gesto, ou até mesmo com o silêncio.

Em especial, primeiramente, agradeço ao “Cara lá de cima” e a todos os mentores espirituais por toda força, luz e proteção recebida durante a trajetória acadêmica e durante a vida.

Agradeço à minha professora orientadora Anne Marie Weissheimer por sua amizade, pelo incentivo, dedicação, competência, pelo constante bom humor e acima de tudo por ter acreditado em mim.

Agradeço à professora Mariene Riffel, que com seu jeito manso e firme contribuiu muito para que eu me apaixonasse pela saúde da mulher. Obrigada por todos os ensinamentos, por toda confiança e por todo o carinho.

À todos os demais professores pelos aprendizados e a toda equipe do Centro Obstétrico do HCPA pelo apoio, alegrias e oportunidade de vivências profissionais.

Agradeço à minha mãe por me ensinar a importância da lealdade e do caráter, por ser um exemplo de “guerreira”, pelo otimismo e por ter me dado “asas” sempre que eu precisei. Ao meu pai, pela vida, pelo carinho, compreensão nos momentos de ausência e pela credibilidade depositada em mim. Amo vocês!

Ao meu namorado Daniel, por ter se mostrado um companheiro, pelo apoio em momentos difíceis, pelos finais de semana em casa, pelas viagens canceladas, por toda dedicação, por todos os mimos e por toda a colaboração para a conclusão do presente trabalho.

À UFRGS, pelo ensino público de qualidade.

**“Se eu vi mais longe, foi por
estar de pé sobre ombros de
gigantes.”
(Isaac Newton)**

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo pesquisa bibliográfica, que objetivou discutir sobre a atenção às usuárias de *crack* no período de gestação, parturição e puerpério imediato. Buscou-se conhecer, na literatura, a droga e seus efeitos nos diferentes sistemas corporais, sobre a gestação, parto e puerpério e adquirir conhecimentos por meio da literatura, que possibilitassem reconhecer se a gestante, parturiente e/ou puérpera está sob o efeito da droga ou em abstinência da mesma e como prestar o atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico à usuária. Foi realizada uma busca nas bases de dados Bireme, Pubmed, Scielo e Science Direct, com acesso através da busca eletrônica, abrangendo o período dos últimos dez anos. Foram encontrados 36 artigos, obtidos através dos descritores gravidez, *crack*/cocaína, tratamento e enfermagem, nos idiomas português, inglês e espanhol. A análise destes artigos permitiu obter os seguintes achados: efeitos e conseqüências do uso do *crack*; efeitos e conseqüências do uso do *crack* na gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; métodos de identificação do uso do *crack*; atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico; atenção às usuárias de *crack* no período de parturição e puerpério imediato. Concluiu-se que há poucas publicações que abordem as questões referentes à atenção à parturiente usuária da droga.

Descritores: Cocaína *Crack*. Cuidados de Enfermagem. Tratamento. Gravidez. Puerpério.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	OBJETIVOS.....	8
2.1	Objetivo Geral.....	8
2.2	Objetivos Específicos.....	8
3	CONTEXTO TEÓRICO.....	9
3.1	O crack em diferentes sistemas corporais.....	9
3.2	Crack e gestação.....	10
4	METODOLOGIA.....	12
4.1	Tipo de Estudo.....	12
4.2	Fontes de Dados.....	12
4.3	Coleta dos Dados.....	12
4.4	Análise dos Dados.....	13
4.5	Aspectos Éticos.....	12
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	14
5.1	Caracterização da amostra.....	14
5.2	Efeitos e conseqüências do uso do <i>crack</i>.....	15
5.3	Efeitos e conseqüências do uso do <i>crack</i> na gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido.....	21
5.4	Métodos de identificação do uso do <i>crack</i>.....	32
5.5	Atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico.....	39
5.6	Atenção às usuárias de <i>crack</i> no período de parturição e puerpério imediato..	46
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
	REFERÊNCIAS.....	50
	APÊNDICE A – Ficha de leitura.....	54
	APÊNDICE B - Caracterização da amostra.....	55

1 INTRODUÇÃO

A temática do *crack* esteve bastante presente em minha trajetória de acadêmica no curso de enfermagem, principalmente se tratando de usuárias gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos. Como aluna de graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), por meio de estágios curriculares, estagiária voluntária da Unidade Centro Obstétrico do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), bolsista do Serviço de Enfermagem Materno-infantil do HCPA e atualmente monitora da disciplina de Enfermagem no Cuidado à Mulher da Escola de Enfermagem da UFRGS, atuando também no Centro Obstétrico do HCPA, me confrontei com diversas situações em que a droga se fazia presente.

Assim, por meio de experiências acadêmicas, pude observar um aumento da demanda de atendimento a estas usuárias de *crack*, ao mesmo tempo em que constato a falta de rotinas para o atendimento e cuidado das mesmas. Em sua maioria, as mulheres que presenciei em período de parturição e puerpério imediato estavam afastadas de suas famílias, física e emocionalmente, morando nas ruas, com poucas ou nenhuma consulta de pré-natal realizada. Porém, independentemente da situação social, no período do trabalho de parto elas procuraram o hospital para dar à luz, deixando a equipe de enfermagem e equipe multidisciplinar com incertezas em relação à melhor forma de atenção.

Drogas ilícitas a muito têm seu uso disseminado em diferentes camadas sociais e ambientes sócio-culturais, independentemente do tipo e de sua via de administração. No início da década de 60, ações repressivas diminuíram a disposição no mercado de drogas como a anfetamina e a maconha e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) este fato, entre outros esteve associado à difusão do uso de cloridrato de cocaína (pó), utilizado através de aspiração intranasal. Em princípios da década de 80, foi descrito na literatura científica americana uma nova e potente forma do uso da cocaína, a mistura de bicarbonato de sódio à pasta básica do cloridrato de cocaína. Através de aquecimento, esta mistura adquire a forma de pedra, que quando queimada produz um vapor inalável e um ruído típico de estalo, motivo pelo qual é chamada de *crack* (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

Seguindo nesse cenário, aproximadamente 10 anos depois, surge no Brasil esta nova forma fumável da cocaína. Oficialmente, em 1989 o *crack* é disseminado no país, tendo como uma das características o baixo custo. Para os usuários a droga representa um tipo de cocaína acessível, oferecendo efeitos prazerosos, intensos e de curta duração. Desde então a droga se alastra em diversos segmentos sociais de gênero, sexo, idade e classe social (BRASIL, 2009).

Atualmente, a mídia tem realizado campanhas e diversos programas informando quão alarmante está a situação do *crack* no Brasil. Ao pesquisar o tema no site de uma das maiores emissoras de televisão do País, no período entre 9 de abril de 2010 e 9 de maio de 2010, foram encontradas noventa e quatro notícias que versavam a respeito da droga.

Na região sul do País, em maio de 2009, foi criada pelo grupo RBS a campanha “CRACK NEM PENSAR”, ainda em vigor. A campanha já passou por diversas fases, entre elas, nas quais atores representavam os danos da droga, usuários, ex-usuários e familiares de usuários dão depoimentos reais, sendo divulgadas notícias e mensagens de incentivo quanto a não utilização do *crack* através de camisetas, adesivos, cartilhas, cartazes, rádio, televisão e outros meios de comunicação.

Apesar da grande e insistente divulgação a respeito do tema, incluindo reportagens que tratam de mulheres grávidas, parturientes e puérperas, ainda não encontramos na literatura científica estudos em número suficiente que auxiliem no cuidado das mesmas. A enfermagem e equipe multidisciplinar necessitam de apoio, para que quando a gestante e/ou parturiente chegue ao hospital a procura de atendimento, os profissionais possam exercê-lo de maneira segura, com qualidade e com respaldo de evidências científicas.

Surge então, por decorrência dos fatos mencionados, a necessidade de buscar elementos na literatura científica que embasem a atenção às usuárias de *crack* no período de gestação, parturição e puerpério imediato, e que serão disponibilizados à equipe multidisciplinar do Centro Obstétrico e da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O objetivo deste trabalho é realizar uma pesquisa bibliográfica que verse sobre a atenção às usuárias de *crack* no período de gestação, parturição e puerpério imediato.

2.2 Objetivos específicos

- a) conhecer, na literatura, a droga e seus efeitos nos diferentes sistemas corporais, sobre a gestação, parto e puerpério;
- b) adquirir conhecimentos por meio da literatura, que permitam reconhecer se a gestante, parturiente e/ou puérpera está sob o efeito da droga ou em abstinência da mesma e como prestar o atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico à usuária.

3 CONTEXTO TEÓRICO

3.1 O *crack* em diferentes sistemas corporais

Não muito tempo após o *crack* ser difundido, já era possível perceber o grande aumento de seu consumo e conseqüências psíquicas e físicas em jovens usuários (TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007). Estudos mostram que o uso do *crack* no Brasil ocorre de forma majoritária entre usuários jovens, de baixa renda e do sexo masculino (KESSLER; PECHANSKY, 2008).

No Sistema Nervoso Central (SNC), o *crack* age diretamente nos neurônios, atuando principalmente no bloqueio dos neurotransmissores dopamina e noradrenalina, mantendo as substâncias por mais tempo nos espaços sinápticos (fenda em que ocorre a troca de informação entre os neurônios). Esses neurotransmissores são excitatórios, assim, o resultado é a estimulação do SNC, produzindo sensações de euforia, ansiedade, estado de alerta, etc. Esta superestimulação das atividades motoras e sensoriais aumenta a pressão arterial e a frequência cardíaca, provocando risco de convulsão, infarto e derrame cerebral. O *crack* é distribuído pelo organismo por meio da circulação sanguínea e metabolizado no fígado. A excreção da droga ocorre principalmente pelo sistema urinário (CARLINI et al., 2001; TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

A velocidade de absorção da cocaína utilizada na forma do *crack* pode ser comparada com a daquela absorvida por via intravenosa, levando a uma absorção praticamente instantânea. A droga alcança o pulmão, órgão altamente vascularizado e de grande superfície, atingindo quase que imediatamente a circulação cerebral. Rapidamente chega ao SNC permitindo que o usuário já sinta os primeiros efeitos em 10 a 15 segundos após a “tragada”, enquanto que ao cheirar a cocaína na forma de pó os efeitos aparecem depois de 10 a 15 minutos. No entanto a duração dos efeitos do *crack* é muito rápida, durando em média 5 minutos (dependendo da quantidade da dose liberada na corrente sanguínea o pico máximo de concentração pode durar até 8 minutos). Todavia após injetar ou cheirar a cocaína os efeitos duram em torno de 20 e 45 minutos respectivamente (CARLINI et al., 2001; TULLER; ROSA; MENEGATTI, 2007).

Segundo Muakad (2009) os usuários do *crack* passam por algumas fases. A primeira é a fase da euforia cocaínica, na qual ocorrem sensações de grande prazer, como excitação, hipersexualidade, inapetência, hipervigilância, instabilidade emocional e perda da sensação de

cansaço. A segunda fase é a disforia cocaínica. Nesta as sensações são de angústia atroz, inapetência, insônia, indiferença sexual, apatia, tristeza, melancolia e agressividade. A terceira fase, a alucinose cocaínica, vem acompanhada de alucinações visuais, auditivas, táteis, olfativas, excitação psicomotora, indiferença sexual com dificuldade de ejaculação ou de orgasmo. A quarta e última fase descrita pela autora é a psicose cocaínica, na qual o usuário tem ilusões paranóides, mania de perseguição, insônia, depressão, tentativas de suicídio e homicídio, alucinações auditivas e olfativas e hipervigilância. É comum, principalmente na quarta fase o consumo de álcool para o controle da ansiedade causada. A overdose é mais comum na fase inicial estimulatória de toxidade (ataques, hipertensão e taquicardia) ou na fase posterior de depressão, culminando em grande depressão respiratória e coma.

Assim, os principais efeitos da droga observados no corpo humano são: taquicardia, hipertensão, taquipnéia, hipertermia, dilatação das pupilas (midríase), tensão muscular, tremores (contrações musculares), sudorese intensa, convulsões e até coma. É percebido que é sobre o sistema cardiovascular que os efeitos são mais intensos. Em casos extremos pode ocorrer uma parada cardíaca por vibração ventricular. O óbito também pode acontecer devido à diminuição da atividade de centros cerebrais que controlam a respiração. O uso crônico pode levar a uma rabdomiólise, uma degeneração irreversível dos músculos esqueléticos. (CARLINI et al., 2001).

3.2 Crack e gestação

Mundialmente, de acordo com dados apresentados no Relatório Mundial sobre Drogas, de 2005, o consumo de substâncias psicoativas ainda é maior entre os homens. No entanto, a diminuição da diferença de proporção de consumo de drogas entre homens e mulheres de um modo geral vem sendo registrada em muitos países. A tendência à “igualdade de gênero” no consumo de drogas é justificada por mudanças no estilo de vida das mulheres, sobretudo, ocorridas no último século. Ainda que informações sobre mulheres usuárias de drogas sejam escassas, estudos recentemente publicados, nacionais e internacionais, destacam o enfrentamento de barreiras de ordem estrutural, sistêmica, social, cultural e pessoal pelas mulheres, na busca e permanência de tratamento para este problema. Preconceitos e discriminação, sobretudo por parte dos profissionais de saúde, são apontados como as principais barreiras. O reconhecimento de que as mulheres dependentes constituem um subgrupo diferenciado dos homens e com características e necessidades de tratamento

próprias e específicas começa a ganhar relevância. Recomenda-se atenção para situações específicas da condição feminina, tais como a gravidez e a responsabilidade nos cuidados com a criança (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2007).

Neste contexto, estudos mostram que a prevalência do uso do *crack* tem aumentado dramaticamente na população obstétrica durante as últimas décadas. Constatações preocupantes são as de que em um grande número destas pacientes ocorre parto pré-termo ou descolamento prematuro de placenta, além de outras complicações, tanto maternas quanto perinatais. O ideal seria que a identificação do problema ocorresse durante o pré-natal, mas muitas vezes é difícil o reconhecimento dessas pacientes, visto que muitas negam a utilização da droga. O diagnóstico diferencial com doença hipertensiva gestacional e suas complicações também dificulta a identificação da usuária de cocaína/*crack*, uma vez que, em ambos os casos, também ocorrem sinais de exacerbação do sistema simpático, como hipertensão, taquicardia, arritmias e inclusive falência miocárdica (YAMAGUCHI et al., 2008).

Também para o feto, a droga exerce efeitos negativos. O desenvolvimento do sistema nervoso central inicia no 28º dia após a concepção e continua durante a gestação, o que atribui ao feto uma vulnerabilidade biológica continuada a insultos tóxicos. O *crack* atravessa rapidamente a barreira placentária sem sofrer metabolização, agindo diretamente nos vasos sanguíneos fetais, ocorrendo vasoconstrição, além de raras, mas possíveis malformações urogenitais, deformidades distais, gastrosquise, defeitos cardiovasculares e do SNC. Como o fluxo sanguíneo uterino não é auto-regulado, a sua diminuição provoca insuficiência útero-placentária, hipoxemia e acidose fetal. A droga também ocasiona alterações no crescimento do cérebro e na arquitetura do córtex. (CUNHA et al., 2001; YAMAGUCHI et al., 2008).

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório, realizado através de uma pesquisa bibliográfica, que para Gil (2008, p. 50) “é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

As pesquisas exploratórias visam à formulação de problemas mais específicos ou hipóteses a serem trabalhadas em estudos posteriores. Este tipo de pesquisa tem por finalidade proporcionar visão geral, familiarizando-se com determinado fato. Pesquisas exploratórias são muito utilizadas quando o tema escolhido é pouco explorado, tendo como produto final um problema mais esclarecido, passível de investigação através de procedimentos mais sistematizados (GIL, 2008).

4.2 Fontes de Dados

Estabeleceu-se como universo de fonte de dados para este estudo, artigos científicos indexados nas bases de dados Bireme (Centro Latino-americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde), Pubmed (National Center for Biotechnology Information), Scielo (Scientific Electronic Library Online) e Science Direct, com acesso através da busca eletrônica, abrangendo o período dos últimos dez anos.

Em relação à seleção dos artigos, foram incluídos os estudos publicados de janeiro de 2001 a setembro de 2010, obtidos através dos seguintes descritores, usados isoladamente e agrupados: gravidez, *crack* cocaína, tratamento e enfermagem; nos idiomas português, inglês e espanhol.

4.3 Coleta dos Dados

A coleta de dados ocorreu nos meses de julho a setembro de 2010, quando foram realizadas as pesquisas dos artigos nas bases de dados anteriormente mencionadas, com base nos descritores propostos.

Para cada texto selecionado foi preenchida uma ficha contendo os seguintes itens para caracterização e análise: título, autores, periódico, ano de publicação, país de publicação, idioma de publicação e achados (APÊNDICE A).

4.4 Análise dos Dados

A análise dos dados qualitativos ocorreu, primeiramente, através de uma leitura exploratória de todo material selecionado, onde foi lido o título, o resumo e algumas passagens dos textos, com o objetivo de identificar o material pertinente para o estudo. Os artigos que não se relacionavam com os objetivos do estudo foram descartados. Após, foi realizada uma leitura mais profunda das partes mais relevantes dos textos, como a introdução e a discussão, ou seja, uma leitura seletiva. Dando seguimento às etapas ocorreu a leitura analítica, que objetiva ordenar e resumir as informações contidas nas fontes, possibilitando a obtenção de respostas da pesquisa. Por fim, procedeu-se à leitura interpretativa, que estabeleceu uma relação entre o conteúdo das fontes pesquisadas e outros conhecimentos, ou seja, procurou-se conferir significados mais amplos aos achados obtidos com a leitura analítica (GIL, 2008). Assim, encontramos os seguintes temas: (1) efeitos e conseqüências do uso do *crack*; (2) efeitos e conseqüências do uso do *crack* na gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido; (3) métodos de identificação do uso do *crack*; (4) atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico; (5) atenção às usuárias de *crack* no período de parturição e puerpério imediato.

4.5 Aspectos Éticos

As questões éticas foram preservadas conforme legislação dos direitos autorais, lei n.º 9.610, de 19.02.98, na medida em que os autores consultados foram referenciados no texto.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após ocorrer uma leitura exploratória de todo material identificado no período, foram selecionados 62 textos. Os demais não foram considerados por tratarem, em sua maioria, apenas de recém-nascidos a crianças em idade pré-escolar filhas de usuárias de cocaína *crack* ou por se referirem a modelos e programas de tratamento contra dependência não condizentes com a proposta do estudo.

Ao ser realizada uma leitura mais seletiva dos artigos encontrados, outros 26 foram excluídos do estudo por não se mostrarem pertinentes com o trabalho proposto. Das 36 publicações que compõem a amostra deste estudo, foram obtidas 30 por meio da base de dados Science Direct.

5.1 Caracterização da amostra

Os artigos considerados para análise foram publicados em periódicos diversificados, com uma variação de um a dois trabalhos por revista. A exceção foram os periódicos “*Addictive Behaviors*” e “*Drug and Alcohol Dependence*” que tiveram quatro e seis artigos publicados, respectivamente.

O número de publicações por ano manteve certa regularidade, sendo que em 2009 houve apenas um artigo selecionado e no ano de 2003 foram encontrados oito estudos de interesse. Nos demais períodos foram obtidos cerca de três artigos por ano, sendo que durante o ano de 2010 ocorreu uma elevação no número médio de publicações, tendo sido encontrados cinco trabalhos no período.

Tendo em vista a importância e a magnitude do problema do *crack*, suas implicações na saúde da mulher, e a insistente divulgação do tema pela mídia, é surpreendente que esta temática seja tão pouco abordada no meio acadêmico.

Em relação aos autores, foram identificados 136 estudiosos como autores ou co-autores dos 36 artigos selecionados. Alguns autores apareceram em mais de um artigo, não ultrapassando quatro trabalhos por autor. Predominaram os trabalhos que envolveram até cinco pesquisadores. Nos demais trabalhos, um número médio de sete autores foi responsável pelo desenvolvimento dos artigos.

Os artigos encontrados foram em sua quase totalidade publicados no idioma inglês, sendo apenas três encontrados em português. Assim, apenas três artigos pertinentes com o estudo foram publicados no Brasil, um número muito baixo considerando a dimensão do problema no país. Os Estados Unidos foram o país com mais publicações selecionadas, vindo seguido pela Irlanda, com 19 e cinco estudos respectivamente. Os demais seis países mantiveram uma média de uma ou duas publicações.

A caracterização completa da amostra encontra-se no apêndice B.

5.2 Efeitos e conseqüências do uso do *crack*

O consumo de drogas vem aumentando nas últimas décadas, particularmente nos países em desenvolvimento como o Brasil, chegando o uso de substâncias, como maconha e cocaína/*crack* ser referenciado como epidemia (BESSA et al., 2010). Em um estudo realizado com usuários de *crack* procedentes em sua maioria da região metropolitana de Porto Alegre, Zeni e Araújo (2009) encontraram predominância do consumo entre adultos jovens, de baixa renda e usuários de múltiplas drogas ou de substâncias psicoativas.

Embora o uso de *crack* apareça em todos os grupos étnicos, na população americana ele se faz mais presente em pessoas de origem africana, principalmente de baixa renda. O uso da droga leva muitas vezes a estilos de vida caóticos e instáveis, como fatores psicossociais degradados, fatores ambientais de risco, a falta de moradia, desemprego, falta de suporte social, uma infância complicada, de vitimização de adultos, envolvimento criminal, depressão e em maioria entre usuárias mulheres, ansiedade e sintomas de estresse traumático (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004).

Prentice (2010) também relata que usuários de drogas vivem em comunidades carentes em condições de pobreza e exclusão social. Ainda que a prevalência de uso do *crack* permaneça desconhecida, várias cidades norte-americanas têm mostrado uma tendência crescente do abuso da cocaína fumada entre homens e mulheres que vivem em bairros pobres nos centros das cidades (BUNGAY et al., 2010). O abuso da substância cruzou a fronteira social, econômica e geográfica e, hoje, é um dos principais problemas enfrentados pela sociedade (KUCZKOWSKI, 2003).

Dentre as drogas ilícitas, a cocaína aparece como a principal responsável por internações hospitalares (KUCZKOWSKI, 2005b) e dentre as formas de uso da cocaína, o *crack* é a forma mais utilizada (WHITE; LAMBE, 2003). Os mesmos autores, White e Lambe

(2003), apontam que a incidência de doenças e mortes relacionadas com a cocaína reflete a disponibilidade e preço da droga, que, atualmente, está em oferta abundante com um baixo custo.

A cocaína também é responsável por inúmeras visitas em departamentos de emergência por ser a causa de uma variedade de complicações sistêmicas (GLAUSER; QUEEN, 2006). Os efeitos psicofisiológicos do uso do *crack* são semelhantes aos da cocaína usada de forma intravenosa, mas o primeiro parece ser mais viciante (WHITE; LAMBE, 2003).

Fajemirokun-Odudeyi e Linow (2004) e Glauser e Queen (2006) salientam que nem todos os usuários de cocaína tornam-se viciados e que uma série de variáveis interagem para influenciar na dependência da droga, como a disponibilidade da mesma, a genética, o contexto familiar e as psicopatologias individuais. No entanto, os autores afirmam que a maioria dos especialistas reconhece o fato de que a cocaína pode ser tão viciante como o álcool e os opiáceos. Contudo, outros estudos, como o de Kuczkowski (2003) relatam que o uso da cocaína rapidamente leva a uma dependência física e fissura pela droga.

No SNC, os efeitos patológicos podem ser subdivididos em três grupos: efeitos vasculares cerebrais, efeitos neurológicos e efeitos psicológicos. Hemorragia intracraniana e acidente vascular cerebral têm sido amplamente relatados por ocorrer após o uso abusivo de cocaína/*crack*. Isto acontece pelo rápido aumento da pressão arterial ocorrido após a administração da droga, juntamente com a auto-regulação cerebral deficiente, podendo precipitar hemorragia espontânea (WHITE; LAMBE, 2003). O derrame isquêmico pode ocorrer em consequência de todas as formas de uso da cocaína, mas é mais comumente visto quando a cocaína é fumada (GLAUSER; QUEEN, 2006).

Convulsões tônico-clônicas também ocorrem com certa frequência, podendo evoluir para estado de mal epilético, o que pode ser fatal, principalmente associado com hipertermia, arritmia cardíaca e hemorragia cerebral (WHITE; LAMBE, 2003). Em geral, a administração intravenosa ou o *crack* são as formas de uso mais prováveis de precipitar convulsões (GLAUSER; QUEEN, 2006). A cocaína tem sido associada à hipertermia e agitação. A temperatura corporal pode subir até 1°C após o uso da droga. Hipertermia acima de 40°C é associada a um pior prognóstico e pode ser o primeiro sinal de progressão para delírio animado (WHITE; LAMBE, 2003; GLAUSER; QUEEN, 2006).

Delírio animado descreve uma síndrome de cocaína que caracteriza-se por uma progressão rápida (2-4h) de sintomas de hipertermia, delírio, parada cardiorrespiratória e morte. A síndrome é incomum, porém é mais prevalente que a associação de cocaína com

acidente cerebrovascular. Quando ocorre é difícil controlar o usuário pois este pode mostrar uma força inesperada (WHITE; LAMBE, 2003).

A disfunção sexual é comum entre usuários da droga. Baixas doses podem retardar a ejaculação e o orgasmo, e aumentar a excitação sexual, mas altas doses prolongadas podem causar desinteresse sexual, impotência, anorgasmia, masturbação compulsiva e ejaculação precoce (WHITE; LAMBE, 2003).

Quanto aos efeitos psicológicos e psiquiátricos da cocaína, Glauser e Queen (2006) mencionam que a droga provoca euforia, agitação, ansiedade, pânico e psicose. A abstinência da substância, embora não seja fatal, produz uma fase com duração de várias horas que consiste em ansiedade, depressão, exaustão e sonolência excessiva. Os autores também citam que vários estudos mostram a associação entre o uso da droga com homicídios e suicídios, relacionando cocaína com violência e riscos de comportamento.

É de conhecimento que a violência está presente em porcentagem significativa da população de usuários, uma vez que a fissura ocasionada pela droga é tão intensa que os pacientes podem apresentar condutas anti-sociais para a obtenção da mesma (furto, roubo, assassinatos, prostituição) (ARAÚJO et al., 2010).

Ainda em relação à psicologia do consumo, estudos com animais indicaram que ao experimentar cocaína, estes perdiam o interesse em tudo que não fosse relacionado com o uso da droga, incluindo a nutrição e a reprodução. Primatas preferiram receber um choque elétrico para obter uma grande dose de cocaína do que não receber o choque e obter uma dose menor da droga. Estes comportamentos compulsivos eram independentes de transtornos de personalidade ou do estresse da situação, e alguns autores postulam que os seres humanos se comportam da mesma forma se o acesso ilimitado à cocaína for fornecido (BREWER et al., 2008).

A quase instantânea euforia desencadeada pelo uso de *crack* reforça e motiva, para a maioria dos indivíduos, o desejo por um novo episódio de consumo. Deve-se lembrar que quanto mais rápido o início da ação de uma substância psicoativa, maior a sua intensidade e menor a sua duração. Assim, maior será a chance de o indivíduo evoluir para situações de uso nocivo e dependência. Os sintomas de abstinência do *crack* causam um uso mais intenso quando comparado a outras drogas. A anedonia proeminente da abstinência inicial de *crack*/cocaína facilita os usuários a terem recaídas (ARAÚJO et al., 2010, p.36).

A cocaína suprime os sentimentos de medo e pânico, produzindo intensa euforia, energia aumentada, vigilância reforçada e maior autoconfiança. Usuários crônicos da droga desenvolvem gradualmente tolerância a esta euforia produzida, fazendo com que a pessoa

viciada necessite usar doses cada vez maiores para obter o mesmo efeito euforizante (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Em comum com outros estimulantes, a cocaína suprime o apetite, assim os usuários podem comprar drogas ao invés de alimentos. Como consequência, a dieta pode ser pobre, o que tende a agravar outras patologias associadas com a substância. Da mesma forma, os filhos de dependentes podem ser desnutridos e ter risco aumentado de adoecer. Psicose aguda ou crônica, esquizofrenia, depressão, ideação suicida e desordens obsessivo-compulsivas têm sido relatadas. Desordens do sono são comuns (WHITE; LAMBE, 2003).

Quanto à via de administração, os efeitos anestésicos do *crack* sobre a mucosa da orofaringe podem resultar em exposição prolongada aos vapores de cocaína quente, causando inflamação aguda, necrose, epigloteite, laringotraqueobronquite e laringoespasma. Após esta lesão térmica pode ser percebido uma expectoração carbonácea, sibilos, rouquidão, estridor e as sobrelhas e os cílios também podem ser queimados (WHITE; LAMBE, 2003). Os autores salientam que muitos usuários usam materiais para vaporizar a cocaína, repletos de impurezas carbonadas e ao fumar a droga, realizam uma inspiração prolongada para maximizar a absorção do *crack* pela corrente sanguínea. Estes fatos tornam o uso da substância ainda mais perigoso, podendo levar a granulomas pulmonares, pneumoconiose, pneumotórax, pneumomediastino, entre outras complicações severas.

Glauser e Queen (2006) também alertam quanto ao perigo dos materiais utilizados para inalar o *crack*. Em seu estudo é enfatizado que usuários chegam a inalar peças de metal, apresentando sinais e sintomas similares àqueles induzidos por epigloteite infecciosa. Os pacientes podem apresentar disfagia, sialorréia e rouquidão. Com o uso pesado da droga, outro efeito respiratório é a grave exacerbação da asma, incluindo asma fatal. No mesmo estudo é relatado que o fumo do *crack* induz broncoconstrição, enquanto uma dose semelhante de cocaína injetável não, sugerindo um efeito tóxico irritante do produto ao qual a droga é misturada.

Outras complicações respiratórias associadas com o uso de *crack* incluem pneumonia, hemorragia pulmonar, lesões vasculares e edema pulmonar. A maioria dos pacientes com edema pulmonar apresenta dispnéia dentro das primeiras horas após o uso da cocaína fumada. A cocaína é um irritante direto para as vias aéreas e tosse persistente é comum. Hiperreatividade brônquica e hipersecreção também podem ser vistas. A exposição repetida pode levar a um quadro de febre, broncoespasmo, dispnéia e tosse. A hemoptise ocorre em 6-26% dos usuários de cocaína, e pode ser devido a uma combinação tóxica de vasculite, hemorragia

alveolar, lesões térmicas e de brônquios (WHITE; LAMBE, 2003; GLAUSER; QUEEN, 2006).

Episódios recorrentes de dano pulmonar em conjunto com hipertrofia da musculatura lisa brônquica, causada pela cocaína, pode resultar em insuficiência cardíaca direita. Edema pulmonar pode ocorrer secundariamente à falha do ventrículo esquerdo, ao dano pulmonar endotelial tóxico (com aumento da permeabilidade da membrana), à pressões negativas intratorácicas elevadas (que ocorrem durante o ato de inalação, ou como consequência da obstrução das vias aéreas superiores) ou uma causa neurogênica (WHITE; LAMBE, 2003).

As complicações cardiovasculares por intoxicação de cocaína incluem arritmias, isquemia e/ou infarto do miocárdio, e são a principal causa de morte relacionada ao uso da droga. Ainda assim, é provável uma subnotificação de arritmias secundárias ao uso da cocaína/*crack* uma vez que esta patologia apresenta uma origem multifatorial (KUCZKOWSKI, 2005b). Infarto torna-se mais provável pelo efeito pró-trombótico da droga, agregação e ativação plaquetária são reforçadas e fibrinólise é diminuída (WHITE; LAMBE, 2003).

A cocaína igualmente pode ocasionar outros efeitos cardiovasculares, tais como vasoconstrição, hipertensão arterial, taquicardia, vasoespasma, etc (BRINK; REE, 2003; FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Espasmos podem ser agravados pela co-administração da fumaça do cigarro, reduzindo ainda mais a oferta de oxigênio para o miocárdio (WHITE; LAMBE, 2003). Kuczkowski (2003) traz que as complicações cardiovasculares não parecem ser dose dependentes, uma vez que até pequenas doses utilizadas apenas por lazer podem levar à morbidade e mortalidade em usuários preliminarmente saudáveis.

No aparelho digestivo a droga pode ocasionar isquemia intestinal. Após o uso, as células da mucosa gástrica e vilosidades do duodeno podem tornar-se isquêmicas rapidamente em resposta a redução do fluxo sanguíneo mesentérico, levando a gastrite e úlceras. Este efeito, teoricamente, ainda pode ser potenciado pela hipomotilidade gástrica causada pela cocaína, atrasando o esvaziamento estomacal, prolongando assim, a exposição da mucosa ao ácido gástrico (WHITE; LAMBE, 2003).

Sabe-se que a cocaína bloqueia a recaptação de norepinefrina, causando vasoconstrição, o que pode levar à isquemia mesentérica e isquemia tecidual focal, levando inclusive à perfusão intestinal. Inflamação aguda ou infarto ao longo do comprimento do intestino também foram relatados. Alguns estudos abordam outros distúrbios gastrointestinais decorrentes do uso e abuso da cocaína, tal como fibrose retroperitoneal. As manifestações

descritas não parecem ser influenciadas pela via de administração (WHITE; LAMBE, 2003; GLAUSER; QUEEN, 2006).

O sistema renal é mencionado em diversos trabalhos por sofrer danos com o consumo de cocaína/*crack*. É do conhecimento de diferentes autores que a droga tem potente efeito vasoconstritor sobre o músculo liso vascular, podendo levar a insuficiência renal aguda e a infartos renais (GLAUSER; QUEEN, 2006). White e Lambe (2003) citam que o infarto renal também pode ocorrer secundariamente ao espasmo da artéria renal, aterosclerose e trombose. Glomeruloesclerose também é relatado. Mais comumente, contudo, a cocaína exerce um efeito nefrotóxico, causando rabdomiólise. Dores musculares e hipercalemia ocorrem. Mioglobina precipita nos túbulos renais, causando obstrução e inflamação, que é agravada por doença isquêmica renal tubular.

O uso da cocaína está associado, ainda, a inúmeras manifestações cutâneas, incluindo vários tipos de vasculites, púrpura, urticária, delírios de parasitose e erupções da pele. Além disso, algumas pessoas dependentes são propensas a psicoses induzidas. Um número de distúrbios psiquiátricos estão associados com o abuso de cocaína, uma das mais usuais é parasitose delirante (ou seja, o formigamento, a ilusão de que insetos estão rastejando por debaixo da pele). Em um estudo com um casal viciado em substâncias psicoativas, ambos tiveram histórias semelhantes de manifestações cutâneas, perda de peso e testes de urina que foram positivos para cocaína. Outra experiência frequente inclui dificuldade para dormir, sonolência e fadiga durante o dia. Curiosamente, ambos os pacientes referiram a ilusão comum de parasitas emergindo das lesões de pele (BREWER et al., 2008).

Um fato que não poderia deixar de ser mencionado é que a cocaína e o *crack* raramente são abusados de forma isolada. O policonsumo de drogas é o que ocorre com maior frequência, aumentando também, a exposição dos usuários à patologias associadas ao consumo das substâncias (WHITE; LAMBE, 2003). Alguns estudos, como o de Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004), comentam que mesmo mulheres grávidas usuárias de cocaína são mais propensas a utilizar o tabaco, o álcool e a maconha se comparadas a não usuários.

Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004) referem que de 60 a 90% dos usuários de cocaína consomem álcool concomitantemente. Da mesma forma, Pettinati et al.(2008) afirmam que pacientes que abusam de cocaína e álcool de maneira simultânea sofrem mais consequências adversas, tem maiores problemas psicossociais, tem tendência a incompatibilidade com tratamentos, dificuldade em receber visitas e uma reincidência ao uso maior do que usuários dependentes apenas de uma das substâncias. Ainda, o uso conjunto

produz cocaetileno, um metabólito ativo que acarreta maior letalidade comparado ao uso isolado da cocaína.

A cocaína e o álcool são freqüentemente consumidos em conjunto devido ao etanol prolongar o a euforia da cocaína. O cocaetileno, cuja farmacologia é semelhante a da cocaína, possui uma meia vida de 150 minutos, enquanto a cocaína isolada possui meia vida de 30 a 90 minutos. Contudo, o cocaetileno possui maiores efeitos fisiológicos que o cloridrato de cocaína, em especial sobre a freqüência cardíaca e pressão arterial (WHITE; LAMBE, 2003; FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Durante a análise da amostra de uma pesquisa realizada no Rio Grande do sul com usuários de *crack* constatou-se que estes eram também dependentes de tabaco (100%), de maconha (93,9%), de álcool (57,6%) e de solventes (24,2%). Quanto ao uso do *crack*, consumiam em média 67,73 pedras por semana, o que daria em torno de 271 pedras por mês (ZENI; ARAÚJO, 2009).

A maconha pode ser usada por usuários de cocaína/*crack* para melhorar os efeitos psicofisiológicos da droga, assim como cigarros com a mistura de maconha e tabaco. O tabagismo e a maconha são cancerígenos, em especial a última, que comumente é utilizada sem filtro e os usuários tendem a prender a respiração após a inalação, agravando ainda mais a exposição à droga (WHITE; LAMBE, 2003).

5.3 Efeitos e consequências do uso do *crack* na gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido

O *crack* tem sido associado também a muitos problemas de saúde da mulher, tais como gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e ao HIV. Inclusive, pesquisas tem apontado evidências crescentes de que as mulheres apresentam taxas mais elevadas de uso do que os homens (BUNGAY et al., 2010). No entanto estudos como o de Simpson e McNulty (2008) afirmam que mulheres usam álcool e drogas ilícitas em menor taxa do que os homens, mas que o fato pode esconder uma distribuição desigual do impacto na saúde, que em alguns casos é maior para as mulheres. Ainda, algumas pesquisas têm demonstrado que a questão do gênero no uso de drogas ilícitas e o significado do *crack* para a saúde das mulheres permanecem obscuros (BUNGAY et al., 2010).

Embora alguns autores indiquem que o uso do *crack*, dentre as demais formas de uso da cocaína, apresenta menor risco de transmissão do HIV, os efeitos sobre a saúde da mulher

mostram-se devastadores. Usuárias de *crack* tendem a ter maior número de parceiros sexuais, trocaram sexo por dinheiro e muitas vezes sem o uso de preservativos, aumentando assim a probabilidade de se contaminarem pelo HIV ou demais DSTs (BUNGAY et al., 2010).

Estudo realizado no Reino Unido verificou que 95% das prostitutas de rua eram usuárias de drogas (SIMPSON; MCNULTY, 2008). Contudo, o problema sexual do *crack* não se restringe à prostituição. Em uma pesquisa com mulheres usuárias, é relatado que os homens de suas comunidades (bairros, vilas próximas) sabem quando elas estão “muito altas”, a ponto de não saberem o que está acontecendo. Eles esperam por isso, estão sempre cuidando e o estupro ocorre com certa frequência. As mulheres atribuem esta psicose causada pelo *crack* a “uma sensação terrível de não saber em quem você pode confiar” (BUNGAY et al., 2010). Um estudo com mulheres afro-americanas usuárias revelou um grande número de práticas sexuais desprotegidas (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004).

Mulheres usuárias da droga mostram-se, em grande número, com altas taxas de desnutrição, habitação instável, desemprego, pobreza, envolvimento no sistema de justiça criminal e com uma alta incidência de problemas de saúde mental, incluindo a baixa auto-estima, automutilação, tentativas de suicídio, transtornos alimentares e transtornos de estresse pós-traumático após violência doméstica ou sexual. O trabalho sexual, por exemplo, foi devido, em parte significativa, à grave privação econômica ocorrida por questões de saúde mental, as quais tornaram impossível a admissão em outro emprego (SIMPSON; MCNULTY, 2008; BUNGAY et al., 2010).

Com o aumento do consumo de cocaína entre a população em geral, aumento da disponibilidade da forma barata da droga, a alta dependência e as atitudes permissivas da sociedade para o abuso da substância, também ocorreu um aumento do consumo entre a população do sexo feminino, e, conseqüentemente, mulheres grávidas. Os efeitos destrutivos da droga entre adultos são conhecidos, mesmo assim, pouco tem sido revelado a respeito do uso materno e seus efeitos durante a gravidez e período perinatal (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

O consumo de cocaína entre as mulheres em idade fértil tem aumentado significativamente nos últimos 25 anos. É estimado que cerca de 90% das mulheres usuárias da droga está em idade reprodutiva, por conseguinte, não é mais raro encontrar gestantes usuárias, um dado alarmante quando se sabe que a gravidez aumenta os efeitos tóxicos da cocaína, principalmente a toxicidade cardiovascular (KUCZKOWSKI, 2005a, 2005b).

Segundo Addis (2001) e Kuczkowski (2005a) mulheres usuárias de cocaína têm um déficit de cuidados pré-natais e são, em geral, pertencentes a uma comunidade de baixo nível

socioeconômico. Estes dados, juntamente com a prevalência de uso concomitante de tabaco, álcool e outras drogas e o contágio por DSTs tornam-se fatores de risco importantes para a saúde da mulher e do recém-nascido. Apesar de usuárias de cocaína terem a probabilidade dobrada de possuírem DSTs, apenas poucos estudos abordam essa questão (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

No que se refere à falta ou ao número escasso de consultas pré-natais realizadas, Bungay et al. (2010) em pesquisa efetuada com mulheres usuárias de *crack* apontam que a discriminação, o racismo e o preconceito são observados repetidamente como barreiras para a procura pelos serviços de saúde. Fato este que engloba não apenas as consultas pré-natais, mas também a procura por tratamento para o abuso da substância e para resolução de problemas de saúde.

Mulheres revelam que não procuram os serviços de saúde por sentirem-se “tratadas como lixo” (BUNGAY et al., 2010). Kuczkowski (2005b) juntamente com o autor anteriormente referenciado concordam que usuárias de *crack* vivenciam um isolamento social significativo e tem um enorme desafio no acesso aos serviços de saúde. Nos Estados Unidos as consultas pré-natais realizadas por essas mulheres são mínimas. O contato com a equipe médica é muito limitado por estas sentirem medo de perder a custódia de seus filhos caso seja descoberto o uso da substância, somando o fato de, em geral, serem solteiras, desempregadas, pobres e com baixo nível de educação (HOHMAN; SHILLINGTON; BAXTER, 2003).

As usuárias gestantes que procuram os serviços de saúde normalmente possuem uma entrada tardia ao sistema por compartilham da crença que é necessário cessar o uso da droga antes de procurar um profissional, principalmente quando estas já tiveram problemas com a guarda de seus outros filhos, e de tal modo evitar novos problemas judiciais (ROBERTS; NURU-JETER, 2010).

A gravidez está associada a significativas alterações fisiológicas. Algumas das alterações têm conseqüências sobre o metabolismo da cocaína e podem aumentar os efeitos negativos da droga sobre a mãe, o feto e o recém-nascido. A atividade da colinesterase plasmática, que metaboliza cocaína é diminuída em mulheres grávidas, fetos e recém-nascidos. Isso reduz a taxa em que a cocaína é metabolizada em compostos inativos potencializando assim os efeitos negativos da substância na mãe e no feto. Desta forma, tanto a mãe como o bebê estão expostos a esta concentração elevada do metabólito farmacologicamente ativo da cocaína (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

A identificação do abuso de cocaína pela parturiente apresenta um grande desafio diagnóstico. O efeito que parece estar em comum acordo com diferentes estudos é o de que o

uso de cocaína na gravidez está associado com aumento da sensibilidade do sistema cardiovascular. São comuns efeitos como hipertensão arterial, taquicardia e arritmias. Dado o estado de hipervolemia da gestação, o consumo da droga pode precipitar uma crise hipertensiva devido a seu efeito vasoconstritor. Outros sintomas do consumo incluem convulsões, hiperreflexia, febre, pupilas dilatadas, instabilidade emocional, proteinúria e edema. A combinação de hipertensão, proteinúria e convulsões resultantes do abuso da cocaína pode ser confundida com eclampsia pelos profissionais da saúde (KUCZKOWSKI, 2003; FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

As complicações maternas por consumo de cocaína/*crack* também incluem trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro da placenta (DPP), ruptura uterina, aborto espontâneo, disritmias cardíacas, ruptura hepática, isquemia cerebral, infarto e morte. O risco de parto prematuro é quadruplicado nestas parturientes (KUCZKOWSKI, 2003). Estes efeitos adversos dependem da dose, do tempo de consumo e da idade gestacional. O consumo de outras substâncias como álcool, heroína, cigarro e maconha podem agir sinergicamente agravando ainda mais estes efeitos (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Estima-se que o trabalho de parto prematuro ocorra em 17-29% de todas as gestações de usuárias de cocaína/*crack*, enquanto que na população em geral a taxa é de 5-10%. Estudos com animais mostram que a administração de cocaína na gravidez aumenta a concentração de ocitocina, a atividade uterina e a pressão arterial, o que teoricamente explicaria as taxas de parto pré-termo (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Outros estudos tem encontrado um maior número de partos prematuros entre grávidas usuárias da droga comparado à não-usuárias (HOHMAN; SHILLINGTON; BAXTER, 2003).

Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004) sugerem que o uso de cocaína está fortemente relacionado com o descolamento prematuro de placenta. É estimado que o DPP ocorra em 2-15% das usuárias de cocaína na gravidez, contra a taxa de incidência de 0,5-1,8% na população em geral. Os efeitos hipertensos da cocaína e o reforço da contratilidade uterina causada por aumento dos níveis de norepinefrina predis põem a mulher grávida ao deslocamento da placenta. O uso compulsivo está associado com uma elevada incidência de DPPs graves levando ao aborto. O risco de descolamento da placenta ainda é alto, mesmo com o uso limitado ao primeiro trimestre, em comparação com as mulheres grávidas que não consomem cocaína.

White e Lambe (2003) referem que a exposição à cocaína no terceiro trimestre de gestação está associada a um aumento estatisticamente significativo do risco de descolamento prematuro da placenta quando há em torno de 30 minutos de abuso da droga pela mãe. Entre

30 e 50% de mães com uso excessivo sofrem DPP, o que pode induzir o parto, ou aborto. A ruptura prematura de membranas ocorre em 15-32% das usuárias, corioamnionite em 10%.

O uso de cocaína no primeiro trimestre aumenta o risco de aborto espontâneo. Embora alguns estudos neguem o fato, outros relataram que o aumento da taxa de abortos entre usuárias da droga é de 38% comparados com o não aumento na taxa de aborto espontâneo da população em geral entre mães livres da substância (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). White e Lambe (2003) citam um estudo em que o consumo de cocaína parece ser um fator etiológico de aborto espontâneo. Mães que abusam de cocaína tiveram 4 (+- 2,03) gestações, em comparação com 2,6 (+-1,6) gestações entre o controle de mães não-viciadas, mas apenas 1,3 (+ -1,4) bebês em comparação com 0,9 (+-1,1), tendo 1,8 (+-1,6) abortos, em comparação com 0,6 (+ -1,1) no grupo controle.

Um estudo prospectivo recente de mães viciadas em cocaína, analisando seus hábitos, amostra toxicológica de urina e de cabelo, mostrou um aumento de 50% na taxa de abortos espontâneos. Esta foi, aparentemente, independente da dose, sugerindo que qualquer nível da exposição à cocaína é associado com o aborto espontâneo (WHITE; LAMBE, 2003).

Embora a cocaína seja um inibidor de apetite e, geralmente, está relacionada com má nutrição e perda de peso nos usuários, poucos estudos se debruçaram sobre o ganho de peso de usuárias de cocaína durante a gravidez. O autor cita um estudo no qual se observou que consumidoras de cocaína tinham um peso pré-gestacional de 5 quilos a menos que um grupo controle, mas elas continuaram a ganhar peso em uma taxa semelhante. Além disso, outros estudos mostram indiferença de peso ganho entre as usuárias de cocaína na gravidez, em comparação com as não usuárias (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Wright e Walker (2007) consideram que a desnutrição pode ser atribuída a alguns efeitos ditos como sintomas do uso de drogas ilícitas.

Os filhos de dependentes químicos têm um risco aumentado de sofrer danos à saúde, problemas comportamentais, psicológicos e acadêmicos, inclusive de tornarem-se toxicodependentes (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004). A cocaína possui propriedades lipofílicas, que rapidamente atravessam a placenta por difusão simples, assim, as concentrações da droga no feto em seguida se comparam com as concentrações maternas (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Como a cocaína é um vasoconstritor, pode causar efeitos adversos significativos no feto. Na placenta, o aumento do tônus vascular reduz o fluxo sanguíneo e como o fluxo sanguíneo uterino não é auto-regulado, o fluxo útero-placentário pode ser insuficiente, causando hipoxia fetal, acidose e isquemia. O feto tem desenvolvido métodos fisiológicos

de proteção a episódios isquêmicos, mas estes podem ser insuficientes durante a exposição repetida à cocaína. A morte fetal pode ocorrer durante a isquemia prolongada (KUCZKOWSKI, 2003; WHITE; LAMBE, 2003).

Seguindo em relação aos efeitos de cocaína/*crack* sobre o feto, há relatos de possível teratogenicidade humana, incluindo as anomalias do trato geniturinário, microcefalia e defeitos do tubo neural. Retardo do crescimento envolve comprimento, peso e a circunferência da cabeça, sendo estes últimos mais comuns. Após o nascimento, os efeitos em longo prazo da exposição à cocaína são aparentes. O ganho de peso é adiado, há um aumento da incidência de apneia do sono e da síndrome de morte súbita infantil. Anomalias do sono, tremores, má alimentação, hipertensão e vômito podem manifestar-se (WHITE; LAMBE, 2003).

Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004) referem que anomalias congênitas ocorrem em 7 a 17% de crianças expostas a cocaína no útero. Estudos em animais indicaram que a exposição pré-natal à cocaína pode ser teratogênica em uma forma dose-dependente, resultando nas anomalias dos membros. No entanto, é importante lembrar que 60-90% dos usuários de cocaína consomem álcool concomitantemente. Comparações com álcool mostram que este é um teratogênico mais potente. Aqueles que usam ambos os agentes estão em maior risco de malformação congênita. Mais pesquisas são necessárias para estabelecer a verdadeira relação entre o uso de cocaína pré-natal e malformação congênita.

As conseqüências adversas mais freqüentes da exposição fetal à cocaína no útero são a restrição de crescimento intra-uterino (RCIU) e baixo peso ao nascer (peso de nascimento <2.500 g). A incidência de RCIU e baixo peso ao nascer entre usuários de cocaína na gravidez foram estimados em 25-48% de todas as crianças expostas à droga no útero. Diminuição do crescimento intra-uterino pode ser explicado pela intermitente diminuição do fluxo sanguíneo placentário causado por vasoconstrição nos normalmente dilatados vasos sanguíneos uterinos. Isso diminui o fluxo sanguíneo útero-placentário e prejudica a transferência de oxigênio e nutrientes para o feto. A cocaína também suprime o apetite materno significativamente, fato que pode contribuir para a deficiente nutrição materna. Além disso, a exposição à cocaína no útero deprime os depósitos de gordura fetais e diminui a massa corporal (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Singer et al. (2002) concordam que relações consistentes têm sido demonstradas entre exposição à cocaína fetal e o aumento da incidência de baixo peso ao nascer, do comprimento ao nascer e do perímetro cefálico diminuído, sugerindo efeitos teratogênicos. Porém os autores reforçam que poucos estudos realizados possuem controle rigoroso para fatores de

confusão, tais como o uso concomitante de outras drogas, álcool, tabaco e estresse materno. Nesta mesma linha de pensamento, Glauser e Queen (2006) mencionam que a real extensão dos danos que o uso de cocaína causa na gravidez é desconhecido. Isto porque a maioria dos estudos são antigos, com pequeno número de pacientes, ou não controlam adequadamente fatores de risco concomitantes, como baixo nível socioeconômico, estado civil solteiro, nutrição pobre ou o pré-natal deficiente. Estes também são fatores de risco para baixo peso ao nascer e outras complicações.

Em um estudo com controle de fatores de confusão, foi visto que recém nascidos filhos de usuárias de cocaína/*crack* foram menores em parâmetros de nascimento, mais suscetíveis para serem prematuros, de menor peso ao nascimento, menor para a idade gestacional e apresentarem maior taxa de microcefalia. Após controle para a idade gestacional, os bebês expostos à droga pesavam 230g menos, mediram 1,1 cm menos de comprimento e tiveram 0,6 cm menos em circunferência da cabeça comparados a bebês não expostos. O maior nível intelectual da mãe foi relacionado com um maior crescimento fetal. Os bebês de mães que tiveram mais consultas pré-natais realizadas tiveram melhores resultados em todos os parâmetros de crescimento, enquanto o maior nível de angústia psicológica da mãe, maior idade materna, maior paridade e raça não-branca foram todos relacionados com menores taxas de crescimento. Ainda, foram encontrados efeitos negativos no peso ao nascimento relacionados com exposição ao álcool e cigarro na gestação e o uso de álcool e maconha foi relacionado com menor comprimento ao nascer (SINGER et al., 2002).

O álcool possui graves efeitos teratogênicos, o que torna o seu uso conjunto com a cocaína/*crack* um fator de risco importante durante a gravidez. Esta combinação está associada com a síndrome fetal alcoólica e maior taxa de prematuridade (WRIGHT; WALKER, 2007). Os autores também afirmam que os sinais e sintomas atribuídos ao abuso de *crack* isoladamente podem estar relacionados ao uso de outras drogas e problemas sociais, com exceção do baixo peso ao nascer e restrição de crescimento fetal, fortemente associados com o consumo da droga

Evidências sugerem que o consumo de álcool na gravidez deixa seqüelas fetais em qualquer fase do desenvolvimento e em qualquer idade gestacional. Infelizmente, a possibilidade do alcoolismo é muitas vezes esquecido em pacientes grávidas porque os efeitos da dependência do álcool são frequentemente mais sutis e mais difíceis de diagnosticar. O etanol atravessa facilmente a barreira placentária e foi bem estabelecido suas propriedades teratogênicas. O consumo de etanol na gravidez pode levar à Síndrome Fetal do Álcool. A incidência da síndrome varia de acordo com critérios de inclusão e local geográfico e envolve

um espectro de sintomas que incluem RCIU, aparência facial característica, deficiência mental e anormalidades osteomusculares, geniturinárias e cardiovasculares. Nenhum nível seguro de consumo de álcool foi estabelecido na gravidez (KUCZKOWSKI, 2003).

Outro fator de confusão que prejudica a avaliação dos efeitos do *crack* na gestação é o tabaco. Em uma pesquisa foi constatado que 100% das gestantes que consomem a droga são fumantes de cigarro. Bebês cujas mães fumaram durante a gravidez tendem a ter menor peso ao nascer, medições cranianas e torácicas e comprimento reduzidos. A taxa de filhos prematuros em usuários de ambas as substâncias é alta, mas um estudo constatou que a fração etiológica atribuída ao tabaco foi maior do que a atribuída à cocaína isoladamente (WRIGHT; WALKER, 2007).

A nicotina pode diminuir o fluxo sanguíneo placentário devido à vasoconstrição e contribuir para o desenvolvimento de hipoxia fetal. A afinidade de hemoglobina pelo monóxido de carbono é 200 vezes maior que sua afinidade pelo oxigênio, o que resulta em diminuição da oferta de oxigênio para tecidos maternos e fetais. O número de recém nascidos com baixo peso ao nascer aumenta proporcionalmente com o número de cigarros fumados. O crescimento intra-uterino fetal parece ser influenciado negativamente não apenas pelo tabagismo ativo, mas também por exposição passiva ao cigarro. Apesar de bem documentados os perigosos efeitos de saúde recorrentes do consumo do tabaco, muitas mulheres continuam a fumar durante a gravidez (KUCZKOWSKI, 2003).

Em um estudo realizado nos Estados Unidos, 71% de mulheres gestantes ou puérperas usuárias de drogas ilícitas que relataram o *crack* como principal droga de escolha. Destas, 20% faziam uso de álcool, 4% relataram o uso de heroína e 4% o uso de maconha. A maioria das mulheres estavam desempregadas e um número significativo estava em situação de rua (GODLEY et al., 2004). A placenta não protege o feto contra a maconha e a cocaína fumadas pela mãe. Estas substâncias têm alto potencial de transferência placentária. Assim como ocorre com o *crack*, durante o consumo de maconha pela mãe, os níveis séricos do feto rapidamente atingem níveis próximos aos dela. Portanto, os pesquisadores concluíram que é bastante provável que não existe quantidade segura de consumo durante a gravidez (BESSA et al., 2010).

Diversos autores concordam que a maioria dos consumidores problemáticos de drogas também fuma cigarro e muitos são usuários pesados de álcool e maconha. Um estudo cita uma revisão das principais drogas usadas concomitantemente com o *crack* e seus principais efeitos na gestação concluídos após três décadas de investigação: o tabaco tem efeito sobre o crescimento fetal, resultando em menor peso ao nascer; alto consumo de álcool causa menor

peso ao nascer e anomalias físicas; Crack e cocaína causam vasoconstrição podem contribuir para a restrição de crescimento intra-uterino, trabalho de parto prematuro e de descolamento prematuro da placenta. Esse efeito também pode causar comprometimento vascular no SNC fetal. No entanto, os efeitos do uso de cocaína na gravidez têm sido exagerados no passado e os mais recentes estudos controlam fatores de confusão, como a pobreza e o tabagismo; a heroína possui curta duração e a retirada pode causar espasmo do músculo liso e parto pré-termo. No entanto, a pesquisa encontrou poucas evidências para sugerir que os opióides por si só, causem os pobres desenvolvimentos mental ou psicomotor da criança a longo prazo (PRENTICE, 2010).

Exposições periparto à grandes quantidades de cocaína foram apontadas por provocar taquicardia fetal, desaceleração e hipertensão arterial. Em alguns casos, essas alterações cardiovasculares levaram a infarto vascular cerebral intra-uterino. O uso da droga também aumenta o risco de sofrimento fetal (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Glauser e Queen (2006) igualmente citam um grande estudo com recém-nascidos submetidos à exposição da droga no útero que apresentaram aumento da pressão arterial e menor produção cardíaca em comparação ao grupo controle com pareada idade e não expostos ao *crack*. Também foram associados aos bebês expostos um aumento do risco de morte súbita, enterocolite necrosante, anomalias congênitas e distúrbios comportamentais.

A extensão da exposição pré-natal da cocaína determina ou não se o recém-nascido irá apresentar sintomas de abstinência. Os sintomas geralmente se desenvolvem dentro de 2-3 dias e desaparecem nos primeiros meses de vida. Aparentemente, 10-40% dos recém-nascidos expostos à cocaína no útero experimentam sintomas de abstinência. Estes incluem dificuldade de sucção, problemas de alimentação, irritabilidade, hipertonia, bocejos e espirros. Estes sinais e sintomas podem ser devido à maior estimulação do SNC por catecolaminas ou infarto cerebral (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). No entanto Simpson e McNulty (2008) afirmam que não existem evidências confiáveis de que a síndrome de abstinência neonatal possa causar danos permanentes.

No desenvolvimento fetal humano normal a função protetora da barreira hemato-encefálica não está bem desenvolvida no feto imaturo, assim, a cocaína pode atuar sobre o cérebro fetal no primeiro trimestre, resultando em alterações comportamentais sutis no recém-nascido. Os pesquisadores têm hipótese de que tal interferência poderia iniciar por mecanismos neuroquímicos compensatórios, o que poderia parcialmente corrigir as anomalias, mas ainda assim, deixar o bebê com prejuízo em sua capacidade de lidar com as

complexas demandas ambientais quando com mais tempo de vida (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

Existe um crescente corpo de pesquisa apoiando a existência de morbidade neurocomportamental em recém-nascidos expostos à cocaína no útero. Estudos sugeriram que a exposição fetal a cocaína está associado com, entre outros efeitos, informações deficientes no processamento auditivo, desempenho inferior no Índice de Avaliação de Comportamento Neonatal (mas maiores escores de estresse neonatal na escala), movimentos e alterações de tom juntamente com as assimetrias sensoriais, tremores, e reação exagerada a estímulos ambientais (WHITE; LAMBE, 2003).

As funções executivas do cérebro compreendem um complexo sistema de integração, organização e implementação de processos cognitivos no desenvolvimento infantil, e eles são severamente afetados pelo uso de drogas, embora os efeitos possam não se tornar evidentes de imediato. O comprometimento da função do lóbulo pré-frontal pode não ser evidente até os 4 anos de idade. Alguns destes sintomas podem ser rastreados no recém-nascido através do uso de específicos instrumentos neurocomportamentais. Quanto ao uso de cocaína durante a gravidez, as atuais evidências científicas apontam para sinais e sintomas como hiperatividade, inquietação, irritabilidade e tremores (BESSA et al., 2010).

Estudos mostram que mães que abusam de cocaína/*crack* durante a gestação e purpério são de alto risco para problemas de competência parental. A história de abuso das substâncias tem sido associada com pouca interação materno-infantil, suportes sociais inadequados, baixa auto-estima e pobre desenvolvimento do ego materno, sutil hostilidade durante a alimentação do bebê, agressividade, sensação de falta de controle sobre suas vidas, ansiedade e depressão. É enfatizado que, assim como usuárias de *crack* externalizam sintomas de ansiedade e depressão, o uso da droga também ocorre para aliviar estes sinais precedentes ao consumo da substância (LIGHT et al., 2004). Singer et al. (2002) concordam com os efeitos nocivos da cocaína na interação da mãe com o bebê e acrescenta efeitos negativos no subsequente desenvolvimento da criança.

Um fato que vem chamando a atenção de alguns pesquisadores é o uso de anestesia em parturientes usuárias de *crack*. Tanto a anestesia geral como a local juntamente com o uso da droga podem estar associados a complicações graves para a saúde da mulher e do feto. Hipertensão, hipotensão, arritmias cardíacas, isquemia ou disfunção do miocárdio, hemorragia periparto e percepção de dor alterada tem sido relatados. A maioria das parturientes usuárias de drogas nega o consumo quando entrevistadas no pré-operatório pelos anestesistas ou demais profissionais da saúde. Estas mulheres têm grande chance de estarem envolvidas em

situações de emergência, como sofrimento fetal, DPP, ruptura uterina ou em situações mais controladas, quando a analgesia de parto é solicitada, podendo agravar ainda mais os efeitos já nocivos do consumo de substâncias ilícitas (KUCZKOWSKI, 2003, 2005b).

Em um relato de caso, uma mulher de 29 anos sem problemas de saúde aparentes mas com nenhuma consulta de pré-natal realizada deu a luz a um recém-nascido saudável e a termo. Menos de uma hora após o nascimento a puérpera relatou falta de ar e aperto no peito. Seus sinais vitais eram estáveis, porém o eletrocardiograma acusou um prolongamento das ondas QT. Extensa avaliação cardiológica excluiu qualquer doença cardíaca estrutural, mas os resultados do exame de urina deram positivos para cocaína e a paciente admitiu uso de *crack* 15-20 minutos antes da admissão. A complicação cardíaca foi atribuída à droga juntamente com a anestesia obstétrica (KUCZKOWSKI, 2005c).

Em outro relato, uma parturiente a qual a gravidez evoluiu sem intercorrências foi admitida no serviço hospitalar com a pressão arterial elevada (152/98 mmHg), frequência cardíaca de 102 batimentos por minuto e frequência respiratória de 27 respirações por minuto. Com o diagnóstico de sofrimento fetal agudo e DPP foi indicado uma cesárea de urgência. A cesárea aconteceu sem intercorrências, no entanto, na sala de recuperação a puérpera apresentou falta de ar, traqueípnéia progressiva e escarro espumoso levando a hipoxemia e instabilidade cardiopulmonar aguda. O diagnóstico confirmado foi de edema pulmonar. A eclampsia foi descartada pelos exames laboratoriais de rotina. O rastreio toxicológico de urina foi positivo para cocaína e nenhuma outra causa possível do edema pulmonar pode ser encontrada (KUCZKOWSKI, 2005a).

Entrevistas e testes toxicológicos de urina com gestantes e puérperas usuárias de *crack* apontaram que o uso da substância durante a gravidez varia entre 0,4% e 27%, dependendo da população estudada. Além disso, os efeitos perinatais da substância são difíceis de serem avaliados devido ao uso concomitante de outras drogas, as impurezas encontradas nas drogas de rua e as críticas situações sociais. A avaliação necessária de tempo e dose exata de administração, o raramente é possível (BOLNICK; RAYBURN, 2003). Os efeitos a longo prazo do uso de drogas na gravidez são ainda mais difíceis de detectar pois estudos longitudinais são muito complexos e caros para investir (PRENTICE, 2010).

Deve-se ressaltar que os estudos referentes ao uso do *crack* ainda são escassos e, por isso, seus achados são duvidosos, sendo necessários mais estudos longitudinais para uma melhor compreensão deste fenômeno (ARAÚJO et al., 2010). Também é importante citar que nosso conhecimento da epidemiologia do uso de cocaína na gravidez é em grande parte com

base em estudos dos Estados Unidos da América (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004).

5.4 Métodos de identificação do uso do *crack*

A identificação do abuso de cocaína/*crack* em parturientes é um desafio para a equipe de saúde. Além da tendência destas mulheres a negarem o uso, os sinais e sintomas clínicos consequentes do consumo podem ser confundidos com os efeitos originados pelo abuso de outras substâncias, como o álcool, o tabaco, a maconha e outras drogas, tanto lícitas como ilícitas. Ainda, os efeitos do *crack* podem ser muito parecidos, ou inclusive semelhantes aos efeitos ocasionados por patologias associadas com a gestação, como é o caso da pré-eclâmpsia (KUCZKOWSKI, 2005b).

As gestantes e puérperas usuárias de drogas são muito mais censuradas em comparação com mulheres usuárias que não estão grávidas. Este fato colabora com a negação do vício ao serem questionadas por profissionais da saúde. Estudos enfatizam que a suspeita elevada do uso de drogas na gestação em combinação com um questionamento sem julgamentos são essenciais para determinar o diagnóstico diferencial do abuso da substância, evitando assim maiores efeitos da toxicidade da cocaína, interações medicamentosas e subseqüentes complicações no periparto (BOLNICK; RAYBURN, 2003; KUCZKOWSKI, 2005b).

Outros estudos concordam que perguntas sobre o uso de drogas devem ser incentivadas na primeira consulta de pré-natal ou no primeiro contato com a gestante. Deve ser obtida a história pregressa e atual do consumo de substâncias por meio de um questionário breve, de maneira neutra e especificando a quantidade e a frequência do consumo. No entanto, alguns autores acreditam que em conjunto com o questionamento deve ser realizado um teste toxicológico em todas gestantes com auto relato de uso de drogas ou com características que indiquem o consumo. É indicado que a mulher assine um termo de consentimento para a realização do teste, uma vez que este pode ir de encontro com o direito de privacidade da paciente e ainda, evoluir para questões jurídicas (BOLNICK; RAYBURN, 2003; KUCZKOWSKI, 2003).

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia recomenda que o histórico do uso de drogas deva ser realizado com todas as pacientes; uma mulher com o uso de cocaína confesso deve ser aconselhada e é necessário que seja oferecido a ela mecanismos de apoio

para a obtenção da abstinência da droga; testes de urina periódicos devem ser realizados como incentivo ao não uso e o teste no recém-nascido precisa ser feito para o manejo perante possíveis conseqüências clínicas (KUCZKOWSKI, 2005b).

Eyler et al. (2005) referem que a epidemia do uso do *crack* por mulheres grávidas tem suscitado dúvidas em relação à eficácia dos métodos de identificação destas, bem como de recém-nascidos expostos. A exata prevalência de uso de cocaína durante a gravidez é notoriamente difícil de estimar, porém, estudos no Brasil e em todo o mundo usam várias técnicas para documentar a existência do consumo. Estas técnicas incluem história materna, análise do sangue, testes de urina da mulher, análise do cabelo, suor, a seleção e triagem de urina e mecônio infantil e, mais recentemente, líquido amniótico e aspirado gástrico. Dentre estas, a análise do cabelo oferece uma janela de detecção que se estende a um período de tempo maior do que qualquer outro teste (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004; BESSA et al., 2010).

Em um estudo prospectivo envolvendo 1.773 mulheres que deram à luz em um hospital de Barcelona, apurou-se um questionário positivo para uso de cocaína na gravidez de 0,3%. No entanto, o teste toxicológico de urina positiva foi de 0,8% (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). Segundo Bessa et al. (2010) a identificação destas mães e de seus filhos na maternidade deve ser feita o quanto antes para que intervenções adequadas possam ser realizadas. O diagnóstico correto auxilia a mulher e o recém-nascido a receberem tratamento e cuidados adequados e pode prevenir que a mesma mãe tenha outros filhos expostos à droga.

Pesquisas apontam que o auto-relato do uso de drogas parece ser o método mais barato e prático para obter o conhecimento do consumo e suas particularidades. No entanto, a precisão do método nem sempre mostra-se elevada. Muitas usuárias negam o uso da droga, relatam menor frequência de uso do que realmente ocorre ou não sabem precisar o tempo exato de uso e/ou de abstinência. Alguns estudos citam que a precisão pode ser melhorada garantindo a privacidade, confidencialidade e por meio de perguntas não ameaçadoras elaboradas por profissionais experientes e usando calendários para ativar a memória (EYLER et al. 2005).

Uma pesquisa realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre estudou o uso de cocaína durante a gestação. Por meio de entrevistas realizadas com 739 mães foram diagnosticadas 16 usuárias da droga, o que correspondeu a uma taxa de 2,4%. Por meio da testagem de 738 amostras de mecônios, foram obtidos 25 recém-nascidos expostos, correspondendo a uma taxa de 3,4%. Em 7 casos diagnosticados houve concordância entre a

entrevista positiva e o mecônio positivo. Em 16 casos, o mecônio foi positivo e a entrevista foi negativa. Em 9 casos, a entrevista foi positiva e o mecônio foi negativo, provavelmente pelo consumo de cocaína antes da 16ª semana de gestação. Dessa forma, 34 pacientes foram classificadas como expostas. A prevalência geral foi de 4,6% (CUNHA et al., 2001).

Em seu estudo com parturientes com história do uso de cocaína na suas diversas formas de administração, Eyler et al. (2005) observaram que 75% das participantes admitiram o uso durante entrevista estruturada, um número mais elevado comparado com outras pesquisas. O autor sugere que o dado está relacionado com o fato de estas pacientes já terem a história de uso registrada em seus prontuários, o que facilitaria a confissão. Nenhum paciente sem história de uso registrado admitiu o consumo, porém 17% destes testes foram positivos. Embora este estudo não tenha sido projetado especificamente para avaliar a eficácia do serviço de triagem, esses achados apóiam a utilização de entrevistas ao invés de espécimes biológicos para identificar usuárias de cocaína.

Dentre os pontos negativos de espécimes biológicos para identificação de gestantes usuárias de cocaína está a invasão da privacidade das mulheres. Além disso, a partir de uma perspectiva de política pública, a triagem é mais provável de ocorrer em instituições públicas do que em privadas, de tal forma que as mulheres pobres seriam desproporcionalmente mais rastreadas. Ainda, o potencial efeito negativo de maior preocupação referente aos testes toxicológicos é que as mulheres que têm medo das consequências de uma tela positiva (por exemplo, a eventual perda da guarda do filho e repressão) podem ser inclinadas a não buscar a assistência pré-natal ou hospitalar (EYLER et al., 2005).

O diagnóstico diferencial é geralmente auxiliado, entre os espécimes biológicos, por análise toxicológica de urina materna. Assim como o monitoramento do uso de drogas ilícitas em programas de tratamento da toxicod dependência é tradicionalmente realizado da mesma maneira (KUCZKOWSKI, 2003; WRIGHT; DAMS et al., 2007; WALKER, 2007). Bolnick e Rayburn (2003) citam a urina como fonte preferida para testes relacionados com o uso de drogas, pois é facilmente disponível e em grande quantidade.

Para alguns autores as amostras de urina são indiscutivelmente um dos métodos mais fáceis de coletar, e esses exames são rotineiros na prática médica perinatal. No entanto, devido ao metabolismo da cocaína, amostras maternas e neonatais identificam apenas o uso recente da droga pela mulher. A cocaína é metabolizada pela colinesterase plasmática e pelo fígado, mas apenas uma pequena porcentagem (1-5%) da droga não é metabolizada e é excretada na urina, podendo ser detectada entre 3 e 6 horas após o uso (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004). No entanto, seus principais metabólicos, benzoilecgonina,

ecgonina e metil ésteres de ecgonina, podem ser detectados na urina por 15 a 60 horas após a administração da droga (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004; KUCZKOWSKI, 2005a, 2005c). Kuczowski (2003) versa que os metabólitos da cocaína na urina materna podem aparecer de 24 a 60 horas após o uso, dependendo da atividade da colinesterase. Já White e Lambe (2003) afirmam que como a atividade da colinesterase plasmática é diminuída em gestantes, a cocaína poderia ser detectada na urina até 14 dias após o consumo.

Segundo Kuczowski (2005a) as amostras de urina e plasma são os métodos mais comumente realizados pra reconhecer o uso da cocaína, no entanto, apesar da detecção pela urina ser possível até em média 3 dias após o consumo, no plasma a droga é encontrada apenas até 3,6 horas após a administração pela mãe. Para Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004) a cocaína pode ser detectada no sangue até 6 horas após seu uso. A análise de urina do recém-nascido também pode servir como marcador de abuso da droga pela mãe. Metabólitos da cocaína podem ser encontrados na urina do bebê de 72 a 96 horas após a administração da droga pela mãe (quando esta consumir antes do parto) (KUCZKOWSKI, 2003). Elyer et al. (2005) afirmam que a benzoilecgonina pode persistir na amostra de urina do recém-nascido exposto por 120 horas após o nascimento.

Em seu estudo, Roberts e Nuru-Jeter (2010) referem que algumas mulheres mencionaram que poderia ter sido útil se profissionais tivessem identificado seu uso de drogas durante a gravidez. Mães usuárias afirmaram que se seus médicos tivessem sido capazes de dizer que elas estavam usando drogas, teria sido mais fácil admitir o uso e conversar sobre isso e, assim, obter a ajuda dele. Embora as mulheres temessem exames de urina durante a gestação, ao pararem de usar drogas, algumas descreveram testes de urina como motivadores de abstinência. Mulheres sugeriram que os profissionais da saúde devem deixá-las cientes sobre a realização do teste de urina, oferecendo ajuda imediatamente após respostas positivas para o uso. Estas mães também comentam que deve haver mais compreensão por parte de seus cuidadores, e que estes não encaminhassem seus filhos para o serviço de proteção a criança apenas por um único teste positivo de urina, e sim, apenas quando o uso da cocaína for detectada algumas vezes. Esta é uma prática comum nos estados Unidos.

Outro método de (re) conhecimento de abuso de drogas em gestantes que vêm ganhando destaque é a análise do cabelo. Segundo alguns estudos, o método permite a detecção do uso de cocaína durante um maior intervalo de tempo. O período medido seria relacionado ao comprimento do cabelo, uma vez que a droga é depositada de forma permanente na matriz protéica dos cabelos. Assim, a equipe deve cortar uma amostra de cabelo perto do couro cabeludo pouco antes do parto. Considerando que o cabelo cresce a

uma taxa média de 1,3 cm por mês, a análise poderia ser realizada em segmentos de até 3 cm, podendo, desta maneira, rastrear o consumo durante os três trimestres da gravidez (BESSA et al., 2010).

No entanto Eyler et al. (2005) mostram estudos que indicam a possibilidade de haver diferenças individuais no crescimento do cabelo e na adesão da droga nos folículos pilosos. Outro ponto seria que as análises toxicológicas poderiam ser afetadas pela cor dos cabelos, texturas resultantes das diferenças individuais e raciais e pelos tratamentos capilares, como o tingimento e forma de lavagem. Pensa-se também, que o uso materno de drogas pouco antes ou durante o trabalho de parto pode não ser detectado devido ao tempo que leva para a cocaína incorporar no folículo piloso. Contudo, o cabelo materno ou do recém-nascido deve ser capaz de identificar o uso em todo o restante da gestação.

A análise do cabelo também pode ocorrer com uma amostra do cabelo do recém-nascido, mas este método é menos utilizado devido à criança por vezes não possuir pêlo suficiente para uma interpretação de qualidade. Também como desvantagem da análise do cabelo, aparece que alguns resultados podem ser falso-positivos devido à exposição passiva a substâncias, sobretudo, ao *crack*. No entanto, outros estudos afirmam que este caso não se enquadra em falso-negativo, pois no momento que a exposição passiva foi suficiente para aderir aos fios capilares, a fumaça provavelmente também foi inalada pela pessoa em questão (EYLER et al., 2005; BESSA et al., 2010).

Mesmo com as desvantagens descritas anteriormente, a análise do cabelo para detecção do uso de cocaína perinatal, para muitos autores é um método altamente eficaz, o qual permite uma ampla janela de detecção, mesmo de consumos esporádicos e de baixa dosagem, superando os demais métodos comumente utilizados para o reconhecimento de abstinência de drogas (BOLNICK; RAYBURN, 2003; EYLER et al., 2005; BESSA et al., 2010).

Ainda que a detecção do uso de *cocaína/crack* por meio de análise do cabelo não pareça ser indicada para reconhecer o uso ocorrido durante o período de parturição, o método parece ser de extrema importância para o conhecimento da história de abuso durante a gestação, permitindo que os profissionais da saúde aprimorem a atenção à usuária conforme a vulnerabilidade da mesma.

A amostra de mecônio do recém-nascido também é bastante fácil de recolher. Alguns autores têm a hipótese de que as drogas no compartimento materno-fetal podem se acumular no mecônio a partir do momento em que este é produzido pela primeira vez, por volta de 18 semanas de gestação. Assim, a detecção de metabólitos de *cocaína/crack* por meio de

amostras de mecônio é pensado para refletir a possível exposição ocorrida nos dois últimos trimestres de gestação. O fato de o tempo e/ou o grau de exposição pré-natal à droga poderem ser determinados a partir da análise de amostras de mecônio ainda permanece controverso. Até certo ponto, isso é devido à falta de um “padrão-ouro” para comparação. Além disso, as comparações de taxas de detecção de mecônio e amostras de urina coletadas de fraldas são nubladas pela contaminação tanto de urina por mecônio, como de mecônio por urina (EYLER et al., 2005).

Como uma alternativa de matriz para testes toxicológicos de drogas, o fluido oral oferece algumas vantagens distintas. A matriz é relativamente limpa e de fácil acesso para a amostragem. A coleta é fácil, não-invasiva e de baixo custo. As desvantagens incluem variação do fluxo salivar e pH. Além disso, o tamanho da amostra pode ter um sério impacto na análise dos resultados e geralmente é coletado pouco volume de fluido oral. Ainda, as concentrações da droga no fluido oral são inferiores às concentrações dos tradicionais métodos de reconhecimento, exigindo novas e sensíveis análises metodológicas. Porém, um número significativo de drogas ilícitas tem sido detectadas em fluido oral. Estudos relatam que apesar de a monitorização de uso de cocaína por meio de análise do fluido oral ser pouco conhecida, o método é indicado para tal, principalmente tratando-se do uso recente da droga (DAMS et al., 2007).

Ao pesquisar o fluido oral como alternativa para método de (re) conhecimento de abstinência ou uso de drogas, Dams et al. (2007) coletaram 403 pares de amostras de pacientes grávidas, as quais foram comparadas com amostras de urina. Destas, 130 amostras de fluido oral foram positivas para a cocaína, enquanto que apenas 22 amostras de urina detectaram o uso da droga. Assim, o método de fluido oral mostrou-se mais sensível do que o método de análise da urina para identificação do uso da cocaína. As concentrações de cocaína e metabólitos foram claramente dependentes da dose e via de administração. Os autores ressaltaram que a coleta das amostras foi realizada com Salivette®, um dispositivo de algodão, que permitia mínimas perdas de substâncias e do volume de fluido, obtendo-se assim, melhores resultados em comparação com outros estudos. Esta particularidade traz a reflexão e a dúvida da possibilidade dos serviços de saúde brasileiros implementarem este material de alta qualidade como método de identificação do uso do *crack*, mesmo que os custos sejam elevados, porém considerando os benefícios que poderiam trazer à população.

Mesmo estudos encontrando metabólitos de cocaína em líquido amniótico em concentrações elevadas e presentes também em tecidos placentários e de cordão umbilical,

estes testes toxicológicos não ganharam popularidade como meio prático de identificação de usuárias em período perinatal (EYLER et al., 2005).

Em seu estudo, EYLER et al. (2005) observaram que dentre os pacientes identificados como usuários de cocaína/*crack*, 67% foram identificados pela análise da urina, bem como o teste de urina acusou 62% dos pacientes identificados que não admitiram o uso, caracterizando um percentual maior do que qualquer outro método de reconhecimento. A amostra de cabelo também teve 67% de pacientes identificados, porém acusou um menor número entre aqueles que negaram o consumo. O mecônio teve porcentagens pequenas de identificação comparado com os testes anteriormente citados.

Um dado interessante desta pesquisa é que o auto-relato de mulheres, por meio de entrevistas estruturadas, identificou 13% de usuárias, as quais tiveram todos os testes biológicos negativos. Da mesma maneira, 17% das mulheres que negaram o uso tiveram algum resultado positivo para consumo da droga. Ainda, mais da metade das usuárias que relataram o uso apenas no primeiro e/ou segundo trimestre de gestação tiveram amostras de urina positiva, colocando em dúvida o rigor de seus relatos. Desta maneira, os autores concluíram que provavelmente a única maneira de garantir uma detecção fidedigna de consumo de drogas na gravidez seria por meio de análises freqüentes de urina durante o pré-natal, porém isso só seria possível em um centro de tratamento. Outra hipótese de detecção mais satisfatória seria a combinação de testes de urina com a entrevista materna (EYLER et al., 2005).

Para Cunha et al. (2001) o diagnóstico de exposição a drogas também deve combinar um método direto, como os marcadores biológicos e um método indireto, como os questionários, uma vez que cada método tem suas vantagens e limitações. Os autores salientam que é possível oferecer, à mulher e ao bebê, a possibilidade de diagnóstico do problema, defini-lo e manejá-lo como doença, evitando a criminalização. Rotular essas crianças expostas à cocaína durante a vida intra-uterina como deficientes permanentes e sem perspectivas é negar o conhecimento de que a maior parte dos efeitos da cocaína são remediáveis e privá-las da oportunidade de receberem atendimento. Em vez disso, sabe-se que o desenvolvimento dessas crianças depende do ambiente de cuidado, da adaptação deste ao seu comportamento, por vezes alterado, bem como dos cuidados realizados na intervenção precoce. Existem evidências de que as mulheres que usam drogas durante a gestação e durante o período crítico do desenvolvimento de seus filhos mais provavelmente tiveram história familiar de abuso de drogas. Da mesma forma, os bebês hoje expostos, se não identificados e

não auxiliados a suplantam insultos precoces, possivelmente irão perpetuar essa situação de abuso. Assim, identificá-los é uma forma de prevenção futura. (CUNHA et al., 2001).

5.5 Atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico

Apesar de já ser evidente que o abuso de substâncias ilícitas, como o *crack*, vem aumentando entre a população feminina, os serviços de maternidades tem tido uma adaptação lenta a estas tendências e ao fornecer um cuidado direcionado a este problema específico. Ainda, gestantes usuárias da droga podem sentir que os cuidados de saúde tradicionais não lhes são acessíveis, assim elas tendem a procurar estes serviços tardiamente, ou apenas quando em trabalho de parto. Neste momento, o mais frequente é que estas mulheres neguem o uso de drogas (WRIGHT; WALKER, 2007).

Para Bessa et al. (2010), a subnotificação do uso de drogas por gestantes realmente é um problema. Esta tendência é reforçada pelas possíveis complicações jurídicas consequentes do uso, pela culpa sentida pelas mães, principalmente por saberem que seus filhos tem risco potencial para complicações de saúde, pelas características do “entrevistador” e pelo ambiente onde o “questionário” é realizado. Outros autores afirmam que estas mulheres procuram tardiamente os serviços de maternidade e negam o consumo da substância devido ao medo do julgamento e de atitudes hostis por parte dos profissionais (SIMPSON; MCNULTY, 2008).

Em sua pesquisa, Roberts e Nuru-Jeter (2010) observaram que palavras como culpa, vergonha e constrangimento foram muito utilizadas quando gestantes e puérperas descreviam seus sentimentos ao serem identificadas como usuárias de drogas. Mulheres expressaram, inclusive, que no coração delas, sabiam que não mereciam seus bebês. Outro problema observado foi o de profissionais da saúde mencionarem os testes toxicológicos positivos na frente de seus familiares ou parceiros. Uma gestante enfatizou a decepção de sua avó quando o médico perguntou se ela ainda estava usando drogas. Outras mulheres comentaram que o fato não é algo que elas querem que todos saibam e que os profissionais as julgam. Assim, elas não os vêem como fontes de proteção, e sim de punição.

Na mesma pesquisa, também foi apontado que quando os profissionais entendem que ao invés da perfeição, o progresso é um aspecto difícil e importante para as gestantes usuárias, elas são mais motivadas a seguirem as recomendações fornecidas. Outra motivação detectada foi a saúde do bebê. Deste modo, o estudo mostra a importância de um atendimento sem julgamentos e da confidencialidade do uso da droga (ROBERTS; NURU-JETER, 2010).

No entanto, mesmo concordando que perguntas a respeito do uso de drogas devam ser realizadas com as parturientes de maneira que se garanta a privacidade, a confidencialidade, a presença de profissionais experientes que manifestem empatia e harmonia e não realizem questionamentos ameaçadores (FAJEMIROKUN-ODUDEYI; LINDOW, 2004; EYLER et al., 2005; PRENTICE, 2010), alguns autores consideram essencial o teste toxicológico de urina para auxiliar na assistência hospitalar (WRIGHT; WALKER, 2007; BESSA et al., 2010).

O Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia recomenda que parturientes com reconhecido abuso de drogas devem ser aconselhadas e deve ser oferecido a elas o tratamento necessário (KUCZKOWSKI, 2003). Assim como nos casos de gestantes que revelam ser profissionais do sexo, usuárias de cocaína/*crack* também devem ser rastreadas quanto ao HIV e doenças sexualmente transmissíveis para evitar a transmissão vertical. As pacientes com resultados positivos devem receber o aconselhamento e tratamento adequado. Da mesma maneira seus companheiros, quando possível. Cuidados com o recém-nascido também são necessários (WRIGHT; WALKER, 2007; PRENTICE, 2010).

Ainda em relação ao HIV e DSTs, a terapia com antibióticos e antiretrovirais é frequentemente indicada (HEPBURN, 2005; PRENTICE, 2010). A cesárea comumente é a melhor opção, mas quando ocorre o parto vaginal, ruptura precoce das membranas e o uso de fórceps devem ser evitados. Quando existe a contaminação pelo vírus da Hepatite (A, B ou C), a autora cita que a imunização do bebê contra hepatite B é indispensável e o aleitamento materno não precisa ser evitado, com exceção dos casos de infecção conjunta pelo HIV (HEPBURN, 2005).

É consensual que o parto vaginal e, necessitando de analgesia, a anestesia local são as melhores opções para parturientes usuárias de cocaína/*crack*. Contudo, além das DSTs, as urgências obstétricas causadas pelo consumo da droga são potenciais indicadores de parto cesáreo. Assim, os profissionais devem estar atentos e levar em consideração as alterações hemodinâmicas consequentes do uso da droga, potencializadas pela administração de anestesia. O fato também é válido para analgesias de parto vaginal (KUCZKOWSKI, 2003, 2005b).

Qualquer tipo de anestesia em parturientes usuárias de cocaína/*crack* pode estar associada a complicações maternas e fetais. Não é incomum ocorrerem complicações cardiovasculares, como hipertensão, arritmias cardíacas, hipotensão, isquemia ou infarto do miocárdio ou hemorragia periparto. A percepção da dor também pode ficar alterada, mesmo

com doses adequadas do anestésico (KUCZKOWSKI, 2003, 2005b). Pode ser necessário um aumento da dose de analgésicos (WRIGHT; WALKER, 2007).

Outra possibilidade que não é descartada é de a parturiente necessitar de parto cesáreo sob anestesia geral. Neste caso, além dos fatores mencionados anteriormente, o autor cita que a estimulação com o laringoscópio durante a intubação também pode resultar em hipertensão grave. Para limitar o risco desta complicação fármacos para controle da pressão arterial são recomendados. No entanto, o esquema ideal destes medicamentos em parturientes permanece controverso. O autor menciona que em uma pesquisa da base de dados Medline, não encontrou um único artigo que discutisse o tratamento farmacológico para complicações cardiovasculares na gravidez (KUCZKOWSKI, 2005b).

Em seu estudo, Kuczkowski (2005b) revisou diversas classes medicamentosas para o tratamento de complicações cardiovasculares agudas em gestantes. Estas incluíram antagonistas dos receptores alfa-adrenérgicos, beta-adrenérgicos e dos canais de cálcio, anticonvulsivantes, anticoagulantes, anticolinérgicos, antiarrítmicos, bicarbonato e nitrovasodilatadores. Porém o estudo de alguns destes fármacos não foi bem compreendido e de outros o uso não pareceu totalmente seguro na gravidez, seja por possíveis complicações maternas ou por complicações fetais. Um fármaco que chamou a atenção na classe de anticonvulsivantes foi o diazepam, que apesar de não ser claro o mecanismo pelo qual ele reduz a toxicidade cardiovascular, seu uso em baixa dosagem e por pequeno período parece ser seguro para a mãe e para o lactente. Glauser e Queen (2006) também referem que benzodiazepínicos tem demonstrado eficácia no tratamento de hipertensão induzida pela cocaína.

Portanto, antes do parto deve ser sempre considerada a diversidade de manifestações clínicas que podem ocorrer por consequência do uso de cocaína/*crack*. Um entendimento completo de fisiologia, fisiopatologia e doenças específicas da gravidez e implicações anestésicas do abuso de drogas em parturientes é essencial para a escolha de um anestésico seguro para este grupo de alto risco (KUCZKOWSKI, 2003, 2005a). A enfermeira deve estar atenta para quando admitir uma paciente com história de uso de *crack*. Também é importante a colocação imediata do acesso venoso periférico que, por muitas vezes pode ser difícil. Da mesma maneira, pacientes com difícil acesso venoso podem ser indicativos de uso da droga, mesmo o *crack* não sendo de administração endovenosa, uma vez que o policonsumo é comum (HEPBURN, 2005; PRENTICE, 2010).

Independente da gestação evoluir para cesariana ou parto vaginal a vigilância durante o trabalho de parto deve ser constante, sobretudo na parte final, quando os riscos para o

binômio mãe-bebê são maiores. A unidade de saúde deve estar preparada para o atendimento da parturiente usuária de drogas no momento do parto. Mulheres que abusam de cocaína podem ter comportamentos bizarros e perturbarem os enfermeiros, apesar disso é importante que a equipe de atendimento seja capacitada e tratem a usuária da mesma forma que tratam outras parturientes. Os autores salientam que não deve ser administrado naxolona, um antídoto dos opióides, no bebê logo após o parto, pois isso poderia produzir uma reação severa de retirada e, que devido às mulheres usuárias frequentemente apresentarem-se tarde aos serviços de maternidade, o cuidado prestado a elas é baseado na redução de danos (WRIGHT; WALKER, 2007).

A gestão do uso de drogas em parturientes deve ser realizada por uma equipe multidisciplinar, o que pode proporcionar a oportunidade de nascer um bebê mais saudável que possa ir para casa com a mulher e receber tratamento adequado de sua mãe (HEPBURN, 2005; WRIGHT; WALKER, 2007; PRENTICE, 2010). Embora muitos estudos, como os anteriormente mencionados, acreditam que como parte da equipe multidisciplinar, a mulher deva ser acompanhada por uma “parteira” especialista, Simpson e McNulty (2008) acreditam que embora grande parte dos profissionais que lidam com essas mulheres tenham formação em enfermagem ou em serviço social, não está claro que a experiência ou formação tenha impacto no atendimento de usuárias de drogas.

Outros autores sugerem que parteiras participem do cuidado destas pacientes, proporcionando um ambiente de suporte, sem julgamentos, e que esta tenha uma ligação com os profissionais da saúde, informando alterações, progressos ou complicações. O ideal apontado é de que a parteira acompanhasse a mulher em toda a gestação, parturição e purpério, estabelecendo um vínculo. Porém, também é importante que esta a acompanhe a partir do momento do parto, para auxiliar na parturição e no cuidado com o recém-nascido. Os pesquisadores entendem que apenas parteiras não são suficientes para o cuidado destas pacientes de alto risco, porém estas, como “doulas”, oferecem considerável apoio à mulher e à criança (HEPBURN, 2005; WRIGHT; WALKER, 2007; PRENTICE, 2010).

Wright e Walker (2007) falam que a filosofia do atendimento e do cuidado no serviço de maternidade é oferecer apoio à gestante usuária de drogas e que embora o objetivo final seja, também, promover a cessação do uso de substâncias ilícitas, uma das principais metas seria a substituição da droga utilizada por um fármaco menos nocivo. Porém, Fajemirokun-Oduyeyi e Lindow (2004) relatam que não existe nenhuma droga adequada para substituir a cocaína. Já Brink e Ree (2003) citam que as anfetaminas, como o metilfenidrato são considerados substitutos farmacológicos da cocaína, no entanto este medicamento não tem

demonstrado eficácia no tratamento contra dependência da droga. Ainda, Johnson et al. (2006) e Pettinati et al. (2008) comentam que até o momento de seus estudos, a *Food and Drug Administration* não aprovou nenhuma medicação para o tratamento da dependência da cocaína.

Alguns estudos têm sido realizados com objetivo de encontrar um fármaco que possa substituir a droga. Kampman et al. (2003) pesquisaram a olanzapina como um possível medicamento para auxiliar do período de abstinência da cocaína, mas além de o fármaco não apresentar resultado promissor no tratamento da droga, foi observado que olanzapina pode piorar o resultado do tratamento. Mooney et al. (2007) pesquisaram a segurança, a tolerabilidade e a eficácia do tratamento com levodopa-carbidopa para dependentes de cocaína, porém, mesmo segura e bem tolerada não se teve evidências de que a medicação fosse eficaz na diminuição do desejo pela substância. Porém, Schmitz et al. (2008) acreditam que a medicação pode atenuar os sintomas de abstinência da cocaína. Johnson et al. (2006) encontraram que ondansetrona poderia ser um candidato promissor para tratar a dependência da droga. No entanto, nenhum destes estudos considerou a condição de gestante ou puérpera na análise dos efeitos dos fármacos.

Pettinati et al. (2008) evidenciaram que a combinação de dissulfiram e naltrexona para o tratamento de pacientes usuários de cocaína e álcool concomitantemente, apresenta modestos benefícios. No entanto, o estudo não só não considerou a gestação na análise dos efeitos destas medicações, como a gravidez foi um critério de exclusão do estudo. Piracetam e ginkgo biloba também foram pesquisados para auxiliar no controle do desejo de cocaína, no humor e na ansiedade causada pela droga, mas nenhum fármaco mostrou ter eficácia (KAMPMAN et al., 2003).

Outro fármaco estudado para o tratamento da dependência de cocaína foi o propranolol, no entanto este também mostrou-se ineficaz, embora Kampman et al (2001) tenham observado que o fármaco pode ser útil para amenizar os sintomas de abstinência em alguns pacientes, com o que concordam Brink e Ree (2003) ao afirmar que o propranolol pode ser usado para reduzir os efeitos da retirada da droga. Por outro lado, alguns estudos afirmam que o propranolol não é indicado, pois agravaria os efeitos negativos produzidos pela cocaína, poderia ainda, atravessar a barreira placentária e assim causar bradicardia fetal (KUCZKOWSKI, 2003, 2005b).

É sabido que a cessação abrupta do consumo de cocaína pode produzir problemas com o sono, com o apetite e distúrbios motores (BRINK; REE, 2003). Glauser e Queen (2006) afirmam que benzodiazepínicos podem ser usados livremente para diminuir a agitação

psicomotora e os tremores. Outra alternativa que vem sendo investigada é a administração de vacinas contra dependência da cocaína, no entanto ainda há pouca comprovação do uso. Desvantagens também são apontadas, como a falta de proteção contra drogas estruturalmente diferentes, mas com o mesmo efeito da cocaína, a ausência de efeito sobre o desejo da droga, a grande variabilidade individual na formação de anticorpos e a possível falta de motivação para tomar doses de reforço (BRINK; REE, 2003; KUCZKOWSKI, 2003).

Apesar de diversos estudos, não há dados conclusivos que suportam a eficácia de qualquer efeito farmacológico para o tratamento e a prevenção de recaída do consumo de cocaína. Autores sugerem que pacientes devam confiar em tratamentos psicossociais, ou na combinação de tratamento farmacológico com tratamento psicossocial (BRINK; REE, 2003). Brewer et al. (2008) acreditam que após o diagnóstico do uso de *crack*, a parturiente deve ser encaminhada para o serviço de psiquiatria para receber apoio psicoterapêutico adequado.

No tratamento da dependência do *crack*, principalmente na redução do *craving* (desejo subido e intenso de usar uma substância), não há consenso nem resultados promissores quanto à eficácia da psicofarmacologia, o que torna importante a abordagem multidisciplinar e a utilização de técnicas cognitivo-comportamentais que enfoquem, principalmente, a prevenção de recaídas. No manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de *crack*, uma técnica utilizada é o relaxamento respiratório. A técnica consiste no exercício de controle da respiração em três fases distintas: primeiro é preciso inspirar pelas narinas, distendendo o diafragma, dilatando o abdome e contando 3 tempos; após deve-se prender o ar nos pulmões, contando 3 tempos; e por último expirar pela boca suavemente, encolhendo o diafragma e contraindo o abdome, contando 6 tempos (ZENI; ARAÚJO, 2009). Esta técnica além de poder ser utilizada em qualquer lugar não parece oferecer prejuízo às puérperas.

Para Prentice (2010), após o parto os bebês devem ir para a enfermaria pós-natal com a mãe, a menos que exista uma razão médica para a admissão na unidade neonatal. Muitas vezes há preocupação com a síndrome de abstinência neonatal nos recém-nascidos de usuários de cocaína ou por policonsumo de substâncias. É difícil de consolar crianças expostas a droga, e suas mães, muitas vezes têm uma história familiar pobre, de baixa auto-estima e limitado apoio social, o que pode levar a dificuldades de apego e vínculo entre mãe e filho. Bebês com síndrome de abstinência devem ser tratados com cuidados não-farmacológicos de suporte e inicialmente a mãe e o pai devem ser encorajados a oferecer colo e nutrição para a criança. Em 2005, uma revisão na base de dados Cochrane encontrou pouca evidência que sugerisse que os tratamentos farmacológicos fossem melhores do que os cuidados de suporte, mas sim que prolongada internação e exposição a fármacos

possivelmente não eram necessários. A Academia Americana de Pediatria sugere que a decisão de usar tratamento medicamentosos deve ser individualizado, dependendo da gravidade dos sinais de retirada.

Além disso, a remoção de um bebê de sua mãe no momento do nascimento influencia negativamente o processo de ligação, aumenta os sentimentos de culpa da mãe e de perda de controle. A autora afirma que amamentação deve ser incentivada pois os benefícios para o bebê superam qualquer risco e que, contraceptivos devem ser oferecidos a todas as mulheres que usam drogas durante o período pós-natal e, de preferência que estes sejam de longa duração, como os anticoncepcionais injetáveis e implantes (PRENTICE, 2010). Este estudo de Prentice (2010) foi o único que se posicionou quanto à prática do aleitamento materno por mulheres usuárias de *crack*. No entanto, a mesma autora sugere que mães HIV positivas também devem amamentar, prática essa que não é aconselhada no Brasil, salvo exceções, e que coloca em dúvida a credibilidade da informação.

Uma pesquisa sugere que a ação da ocitocina pode diminuir os níveis da pressão arterial da mãe e aumentar a sensação de controle sobre suas vidas. Os autores acreditam que o aumento do nível da ocitocina deve ser obrigatório em mães usuárias de cocaína e sugerem que o meio pelo qual esse aumento aconteça, seja o contato da mãe com o bebê. O prolongado contato físico entre mãe e recém-nascido é apontado como fornecedor de benefícios significativos de saúde e de crescimento infantil, especialmente quando a criança nasce prematura ou com algum problema de saúde, assim como aumenta o afeto materno e diminui comportamentos agressivos da mãe. Pesquisas com animais mostraram que ratas com melhor comportamento materno também possuíam maiores taxas de ocitocina, assim como ratas mais agressivas com seus filhotes apresentam menor taxa do hormônio. Assim, é importante que essas mulheres sejam incentivadas a interagir com seus bebês, tocá-los e acariciá-los, o que promove segurança e pode ser um sinal de mudança positiva na vida destas mães (LIGHT et al., 2004).

A gravidez deve levar a mulher ao contato com o sistema de saúde, o qual deve ser uma “janela de oportunidades” que envolva as mulheres mais vulneráveis aos cuidados essenciais (SIMPSON; MCNULTY, 2008). Mesmo após o puerpério imediato, as pacientes devem continuar recebendo acompanhamento multidisciplinar, uma vez que possivelmente passarão por períodos complicados, onde seus filhos podem ser retirados de sua companhia quando estas não conseguem abandonar o uso da substância. Ou quando conseguem, podem ter a angústia aumentada por uma melhor percepção da realidade de suas vidas (LAM; WECHSBERG; ZULE, 2004).

5.6 Atenção às usuárias de *crack* no período de parturição e puerpério imediato

Apenas um estudo tratou literalmente sobre a atenção à usuária de *crack*. Nele, os autores acreditam que para a parturiente receber a devida atenção é necessário que ela seja atendida em um ambiente familiarizado com o problema de drogas na gravidez e puerpério e que receba o cuidado de profissionais especializados no assunto. Isto é devido aos estudiosos pensarem que o período de parturição, apesar de ser de extrema importância, não é o suficiente para a equipe de saúde fornecer a atenção necessária. A mulher necessita receber acompanhamento antes e após o parto, para garantir uma gestação de menor risco e um efetivo cuidado a seus filhos (WRIGHT; WALKER, 2007).

Enquanto a parturiente é assistida, a equipe de saúde deve tentar modificar as influencias externas que favorecem o uso de droga a essa paciente e auxiliar na mudança de hábitos que ofereçam risco a mãe e ao bebê. Para isso é necessário uma equipe multidisciplinar, composta por obstetras, parteiras, pediatras, agentes de saúde, assistentes sociais, conselheiros de drogas e outras especialidades capazes de oferecer suporte para paciente, respeitando sua individualidade. Os autores também afirmam que os cuidadores não devem ser críticos, embora os limites possam ser uma fonte promissora de apoio à mulher (WRIGHT; WALKER, 2007).

Wright e Walker (2007) colocam a importância de manter a confiança com a parturiente e que esta seja incentivada a participar de seu cuidado. Um manejo centrado na recompensa geralmente é mais efetivo do que o centrado na punição, e para uma mulher a melhor recompensa é poder cuidar de seu filho após o parto. A atenção a parturiente é mais bem sucedida quando seus amigos e familiares, principalmente seu parceiro também recebem esta atenção e apoio. Os profissionais devem sempre carregar consigo a empatia e não demonstrar qualquer sinal de julgamento para a paciente, assim como estes devem estar sempre disponíveis quando a mulher, seu filho ou seu parceiro necessitarem de atenção.

Outros autores, mesmo não usando o termo “atenção” relatam a importância do acompanhamento da parturiente e puérpera usuária de substâncias ilícitas. Light et al. (2004) mencionam o quanto faz bem à puérpera pegar seu filho, tocá-lo e acariciá-lo, além de todos os benefícios para o recém-nascido originados do afeto materno. A equipe de saúde deve incentivar essa interação entre mãe e bebê, oferecendo segurança a mulher.

Para Fajemirokun-Odudeyi e Lindow (2004) todas as parturientes que forem reconhecidas como usuárias de cocaína devem ser informadas de todos os efeitos adversos da droga sobre a gestação, purpério e sobre o recém-nascido. Os profissionais devem encorajá-la a abster-se do uso e informar que não há uma medicação que de fato substitua a droga e estabilize seu desejo pela mesma. É necessário que a mulher saiba que lhe será dado todo o apoio necessário.

Muitas outras atitudes, gestos, cuidados, decisões e aprendizados que caracterizam a atenção à mulher foram discutidos no item anterior, referente ao atendimento das usuárias de *crack*. O fato não causa surpresa quando considera-se a atenção uma parte essencial para a realização de um atendimento de qualidade e de impacto positivo para essas pacientes tão vulneráveis.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Lidar com a temática do *crack* na área materno-infantil não é uma tarefa fácil. Os profissionais devem ter uma visão crítica do assunto e, ao mesmo tempo, não serem críticos com a paciente e nem julgá-la. A atenção a paciente deve ser prestada de forma individualizada, considerando que apesar de possuírem um problema semelhante, ou no mínimo parecido, estas podem ter estilos de vida diferentes e maneiras distintas de enfrentar a situação em questão. Ainda, é indicado para o problema, um atendimento multidisciplinar, no entanto há uma escassez de embasamentos científicos para respaldar esta atenção.

O estudo procurou versar sobre a atenção às usuárias de *crack* no período de parturição e puerpério imediato, no entanto este objetivo não foi plenamente alcançado devido à falta de pesquisas a respeito do tema. Contudo foi importante para mostrar a dimensão do problema, que este está em ascensão, faz parte do cotidiano de nosso país e necessita ser abordado.

Estudos sobre os efeitos da droga nos diferentes sistemas corporais, na gestação e puerpério e suas consequências, mostraram o quanto o *crack* é nocivo para a saúde humana e pode ser o causador de problemas devastadores na saúde da mulher, principalmente se tratando de efeitos cardiovasculares e efeitos sobre a gestação, em especial o descolamento prematuro da placenta, o trabalho de parto prematuro, a restrição de crescimento intra-uterino e o baixo peso ao nascer e as implicações para o cuidado de si e do bebê.

Os métodos para identificação do uso do *crack* diferem quanto à facilidade da coleta, janela de tempo de detecção e confiabilidade dos resultados. A amostra de cabelo mostrou-se importante para um conhecimento da história do uso da droga durante a gravidez. Os profissionais de saúde parecem ter maior familiaridade com o teste toxicológico de urina, uma vez que testes de urina, mesmo com finalidades diferentes, são rotineiros em serviços de maternidade. O método de análise do fluido oral mostrou-se mais sensível comparado com outros métodos, no entanto, para esta conclusão foi usada uma determinada marca de material para coleta, dita de maior qualidade em comparação a outros materiais usados para o mesmo teste.

O esquema ideal de atendimento farmacológico às parturientes usuárias de *crack* permanece controverso e o fato da *Food and Drug Administration* não aprovar nenhuma medicação para o tratamento da dependência da cocaína confirma a não promissoriedade dos fármacos pesquisados para tal. A única medicação que apareceu em mais de um estudo sem

parecer apresentar prejuízo à parturiente e ao recém-nascido foi o Diazepam, no entanto os pesquisadores não o indicam especificadamente para o tratamento da dependência, mas sim para diminuir a agitação psicomotora e os tremores e para redução da toxicidade cardiovascular (GLAUSER; QUEEN, 2006).

O atendimento não farmacológico e a atenção à usuária no período de parturição e puerpério imediato mostraram-se interligados. O estudo destes itens foi de extrema relevância para ampliar a visão como enfermeira. Apesar do atendimento ideal a estas mulheres ser multidisciplinar, a enfermagem, em geral, é a categoria profissional que permanece mais tempo em contato com essas pacientes. A equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com a situação, para fornecer confiança e confidencialidade a estas mulheres, para não julgá-las e para tratá-las da melhor maneira possível, da mesma forma que devem ser tratadas as parturientes não-usuárias de *crack*.

A equipe de enfermagem, como benefício para o binômio mãe-bebê, deve estimular a interação da puérpera com o recém-nascido. É lastimável que, apesar do tema aleitamento materno ser amplamente divulgado nos dias de hoje, nenhum estudo de credibilidade abordou a ponderação entre os riscos e benefícios do aleitamento em mulheres usuárias de *crack*. Pesquisas quanto à possibilidade de puérperas poderem amamentar devem ser realizadas visto a importância do assunto para a mãe, para o filho e para um melhor atendimento da equipe de saúde.

Tendo em vista a dimensão do problema da droga no país, é inconcebível a falta de produção científica em relação ao tema. O Brasil já vem enfrentando esse problema há um tempo considerável e as pesquisas a respeito do *crack* não acompanham o crescimento do número de usuários, em especial usuárias mulheres em idade reprodutiva. O campo científico deve estar atento para este tema e fornecer aos profissionais embasamentos teóricos que possam respaldar o atendimento a estas pacientes tão vulneráveis.

Enfim, mais estudos e discussões sobre *crack* e parturição ainda são necessários, sendo este um tema merecedor de ser amplamente abordado entre as diferentes profissões da área da saúde. Como mencionado anteriormente, o presente trabalho será disponibilizado à equipe multidisciplinar do Centro Obstétrico e da Unidade de Internação Obstétrica do HCPA, como também a determinados serviços da rede básica do município, podendo servir como ferramenta para melhor familiarização com o assunto, uma vez que profissionais que trabalham nas periferias, onde o *crack* parece ser mais consumido, também devem ter conhecimentos mínimos a respeito da droga.

REFERÊNCIAS

- ADDIS, A.; MORETTI, M. E.; SYED, F.A.; EINARSON, T.R.; KOREN, G. Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis. **Reproductive Toxicology**, Elmsford, v. 15, p. 341–369, 2001.
- ARAÚJO, R.B.; PANSARD, M.; BOEIRA B.U.; ROCHA, N.S. As Estratégias de Coping para o Manejo da Fissura de Dependentes de Crack. **Rev HCPA**, Porto Alegre, n.1, v. 30, p. 36-42, 2010.
- BESSA, M.A.; MITSUHIRO, S.S.; CHALEM, E., BARROS, M.M.; GUINSBURG, R.; LARAMJEIRA, R. Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents. **Addictive Behaviors**, Arlington, v. 35, p. 266-269, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O crack: como lidar com este grave problema (I)**. Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool & Outras Drogas. Brasília, 2009. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33717&janela=1>. Acesso em: 09 mai. 2010.
- BOLNICK, J.M.; RAYBURN, W. F. Substance use disorders in women: special considerations during pregnancy. **Obstet Gynecol Clin N Am**, Philadelphia, v. 30, p. 545–558, 2003.
- BREWER, J.D.; MEVES, A.; BOSTWICK, J.M.; HAMACHER, K.L.; PITTELKOW, M.R. Cocaine abuse: Dermatologic manifestations and therapeutic approaches. **Journal American Academy of Dermatology**, St. Louis, n.3, v. 59, p.483-487, 2008.
- BRINK, W.; REE, J.M. Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction. **European Neuropsychopharmacology**, Amsterdam, v.13, p. 476-487, 2003.
- BUNGAY, V.; JOHNSON, J.L.; VARCOE, C.; BOYD, S. Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence. **International Journal of Drug Policy**, Liverpool, v. 21, p. 321-329, 2010.
- CARLINI, E.A.; NAPPO, S.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R. Drogas psicotrópicas – o que são e como agem. **Revista IMESC**, Maranhão, n.3, p. 9-35, 2001.
- CUNHA, G.B.; ROTTA, N.T.; SILVA, A.R.; DIEDER, A.L.; WOLF, A.L.; MOSER, C.; SILVA, F.F.; SOCAL, M.P.; SILVA, P.F.; MARGIS, R. Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, n. 5, v.77, p. 369-73, 2001.
- DAMS, R.; CHOO, R.E.; LAMBERT, W.E.; JONES, H.; HUESTIS, M.A. Oral fluid as an alternative matrix to monitor opiate and cocaine use in substance-abuse treatment patients. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 87, p. 258–267, 2007.

FAJEMIROKUN-ODUDEYI, O.; LINDOW, S.W. Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: A literature review. **European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology**. n. 1, v. 112, p. 2-8, 2004.

EYLER, F.D.; BEHNKE, M.; WOBIE, K.; GARVAN, C.W.; TEBBETT, I. Relative ability of biologic specimens and interviews to detect prenatal cocaine use. **Neurotoxicology and Teratology**, New York, v. 27, p. 677– 687, 2005.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 200 p.

GLAUSER, J.; QUEEN, J.R. An Overview of Non-Cardiac Cocaine Toxicity. **The Journal of Emergency Medicine**, Philadelphia, vol. 32, n. 2, p. 181–186, 2006.

GODLEY, S.H.; FUNK, R.R.; DENNIS, M.L.; OBERG, D.; PASSETTI, L.; Predicting response to substance abuse treatment among pregnant and postpartum women. **Evaluation and Program Planning**, v. 27, p. 223–231, 2004.

HEPBURN, M. Social problems in pregnancy. **Anaesthesia and Intensive Care Medicine**, Abingdon, v. 6, n. 4, 2005.

HOHMAN, M.M.; SHILLINGTON, A.M.; BAXTER, H.G. A comparison of pregnant women presenting for alcohol and other drug treatment by CPS status. **Child Abuse & Neglect**, Oxford, v. 27, p. 303–317, 2003.

JOHNSON, B.A.; ROACHE, J.D.; AIT-DAOUD, N.; JAVORS, M.A.; HARRISON, J.M.; ELKASHEF A.; MOJSIAK, J.; LI, S.; BLOCH, D.A. A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of cocaine dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 84, p. 256–263, 2006.

KAMPMAN, K.M.; PETTINATI, H.; LYNCH, K.G.; SPARKMAN, T.; O'BRIEN, C.P. A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 70, p. 265-273, 2003.

_____; VOLPICELLI, J.R.; MULVANEY, F.; ALTERMAN, A.I.; CORNISH, J.; GARITI, P.; CNAAN, A.; POOLE, S.; MULLER, E.; ACOSTA, T.; LUCE, D.; O'BRIEN, C. Effectiveness of propranolol for cocaine dependence treatment may depend on cocaine withdrawal symptom severity. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 63, p. 69–78, 2001.

KESSLER, F.; PECHANSKY, F.. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do *crack* na atualidade. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 2, p. 96-98, 2008.

KUCZKOWSKI, K.M. Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy. **J. Clin. Anesth.**, New York, vol. 15, p. 382-394, 2003.

_____. Crack cocaine as a cause of acute postoperative pulmonary edema in a pregnant drug addict. **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Paris, v. 24, p. 435–438, 2005a.

_____. Peripartum care of the cocaine-abusing parturient: are we ready?. **Acta Obstet Gynecol Scand**, Stockholm, v. 84, p. 108-116, 2005b.

_____. Syndrome de QT long provoqué par un crack de cocaïne chez une parturiente. **Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation**, Paris, v. 24, p. 697–700, 2005c.

LAM, W.K.K.; WECHSBERG, W.; ZULE, W. African–American women who use crack cocaine: a comparison of mothers who live with and have been separated from their children. **Child Abuse & Neglect**, North Carolina, v. 28, p. 1229-1247, 2004.

LIGHT, K.C.; GREWEN, K.M.; AMICO, J.A.; BOCCIA, M.; BROWNLEY, K.A.; JOHNS, J.M. Deficits in plasma oxytocin responses and increased negative affect, stress, and blood pressure in mothers with cocaine exposure during pregnancy. **Addictive Behaviors**, New York, v. 29, p. 1541–1564, 2004.

MOONEY, M.E.; SCHMITZ, J.M.; MOELLER, F.G.; GRABOWSKI, J. Safety, tolerability and efficacy of levodopa–carbidopa treatment for cocaine dependence: Two double-blind, randomized, clinical trials. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 88, p. 214–223, 2007.

MUAKAD, I.B. A cocaína e suas formas de consumo. Universidade Prebisteriana Mackenzie. Faculdade de direito, 2009. Disponível em: <
http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/FDir/Artigos/artigos_2009/irene_04_09.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2010.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S.; VALENTE, C.M.L. A interferência do contexto assistencial na visibilidade do consumo de drogas por mulheres. **Rev Latino-am Enfermagem**, n.2, v.15, 2007.

PETTINATI, H.M.; KAMPMAN, K.M.; LYNCH, K.G.; XIE, H.; DACKIS, C.; RABINOWITZ, A.R.; O'BRIEN, C.P. A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence. **Addictive Behaviors**, New York, v. 33, p. 651–667, 2008.

PRENTICE, S. Substance misuse in pregnancy. **Obstetrics, Gynaecology And Reproductive Medicine**, n. 9, v. 20, p. 278-283, 2010.

ROBERTS, S.C.M.; NURU-JETER, A. Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care. **Women's Health Issues**, New York, v. 20, p. 193–200, 2010.

SCHMITZ, J.M.; MOONEY, M.E.; MOELLER, F.G.; STOTTS A.L.; GRABOWSKI, C.G.J. Levodopa pharmacotherapy for cocaine dependence: Choosing the optimal behavioral therapy platform. **Drug and Alcohol Dependence**, Limerick, v. 94, p. 142–150, 2008.

SIMPSON, M.; MCNULTY, J. Different needs: Women's drug use and treatment in the UK. **International Journal of Drug Policy**, Liverpool, v. 19, p. 169–175, 2008.

SINGER, L.T.; SALVATOR, A.; ARENDT, R.; MINNES, S.; FARKAS, K.; KLIEGMAN, R.; Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes. **Neurotoxicology and Teratology**, New York, v. 24, p. 127– 135, 2002.

TULLER, N.G.N.; ROSA, D.T.M.; MENEGATTI, R.P. *Crack* e os perigos de uma viagem sem retorno. **Iniciação Científica CESUMAR**, Maringá, n.2, v.09, p.153-160, 2007.

WHITE, S.M.; LAMBE, C.J.T. The pathophysiology of cocaine abuse. **Journal of Clinical Forensic Medicine**, Edinburgh, v. 10, p. 27-39, 2003.

WRIGHT, A.; WALKER, J.; Management of women who use drugs during pregnancy. **Seminars in Fetal & Neonatal Medicine**, Amsterdam, v. 12, p.114e118, 2007.

YAMAGUCHI, E.T.; CARDOSO, M.M.S.C.; TORRES, M.L.A.; ANDRADE, A.G. Drogas de abuso e gravidez. **Rev. Psiq. Clín**, n.1, v.35, p. 44-47, 2008.

ZENI, T.C.; ARAÚJO, R.B. O relaxamento respiratório no manejo do *craving* e dos sintomas de ansiedade em dependentes de *crack*. **Rev Psiquiatr RS**, Porto Alegre, n. 2, v. 31, p. 116-119, 2009.

APÊNDICE A – Ficha de leitura

<u>Caracterização</u> da <u>amostra:</u>	Título:
	Autores:
	Periódico:
	Ano de publicação:
	País de publicação:
	Idioma de publicação:
<u>Efeitos e conseqüências do uso do crack:</u>	
<u>Efeitos e conseqüências do uso do crack na gestante, parturiente, puérpera e recém-nascido:</u>	
<u>Métodos de identificação do uso do crack:</u>	
<u>Atendimento farmacológico e/ou não-farmacológico:</u>	
<u>Atenção às usuárias de crack no período de parturição e puerpério imediato:</u>	

APÊNDICE B - Caracterização da amostra

TÍTULO	AUTORES	PERIÓDICO	ANO	IDIOMA	PAÍS
Effectiveness of propranolol for cocaine dependence treatment may depend on cocaine withdrawal symptom severity	Kyle M. Kampman, Joseph R. Volpicelli, Frank Mulvaney, Arthur I. Alterman, James Cornish, Peter Gariti, Avital Cnaan, Sabrina Poole, Eric Muller, Thalia Acosta, Douglas Luce, Charles O'Brien	Drug and Alcohol Dependence	2001	Inglês	Irlanda
Fetal effects of cocaine: an updated meta-analysis	Antonio Addisa, Myla E. Morettib, Fayyazuddin Ahmed Syedb, Thomas R. Einarsonc, Gideon Korenb	Reproductive Toxicology	2001	Inglês	EUA
Prevalência da exposição pré-natal à cocaína em uma amostra de recém-nascidos de um hospital geral universitário	Gabrielle B. da Cunha, Newra T. Rotta, Alexandre R. Silva, Ana L. Dieder, Ana L. Wolf, Carolina Moser, Flora F. Silva, Mariana P. Socal, Patrícia F. Silva, Regina Margis	Jornal de Pediatria	2001	Português	Brasil
Effects of cocaine/polydrug exposure and maternal psychological distress on infant birth outcomes	Lynn T. Singera, Ann Salvatora, Robert Arendta, Sonia Minnesa, Kathleen Farkasb, Robert Kliegman	Neurotoxicology and Teratology	2002	Inglês	EUA
Gestational Cocaine Exposure and Intrauterine Growth: Maternal Lifestyle Study	Henrietta S. Bada, Abhik Das, Charles R. Bauer, Seetha Shankaran, Barry Lester, Linda L. Wright, Joel Verter, Vincent L. Smeriglio, Loretta P. Finnegan, Penelope L. Maza	Obstet Gyneco The American College of Obstetricians and Gynecologists	2002	Inglês	EUA
A comparison of pregnant women presenting for alcohol and other drug treatment by CPS status	Melinda M. Hohman, Audrey M. Shillington, Heather Grigg Baxter	Child Abuse & Neglect	2003	Inglês	EUA
A pilot trial of olanzapine for the treatment of cocaine dependence	Kyle M. Kampman, Helen Pettinati, Kevin G. Lynch, Thorne Sparkman, Charles P. O'Brien	Drug and Alcohol Dependence	2003	Inglês	Irlanda

A pilot trial of piracetam and ginkgo biloba for the treatment of cocaine dependence	Kyle Kampmana, Maria Dorota Majewskac, Karen Touriand, Charles Dackisa, James Cornisha, Sabrina Poolea, Charles O'Brien	Addictive Behaviors	2003	Inglês	EUA
Anesthetic Implications of Drug Abuse in Pregnancy	K. M. Kuczkowski,	Journal of Clinical Anesthesia	2003	Inglês	EUA
Pharmacological treatments for heroin and cocaine addiction	Wim van den Brinka, Jan M. van Ree	European Neuropsychopharmacology	2003	Inglês	Holanda
Psychosocial treatments for women with substance use disorders	Theresa M. Winhusen, Frankie Kropp	Obstetrics Gynecology Clinics of North America	2003	Inglês	EUA
Substance use disorders in women: special considerations during pregnancy	Jay M. Bolnick, William F. Rayburn	Obstetrics Gynecology Clinics of North America	2003	Inglês	EUA
The pathophysiology of cocaine abuse	Stuart M. White, Cheryl J. T. Lambe	Journal of Clinical Forensic Medicine	2003	Inglês	Escócia
African-American women who use crack cocaine: a comparison of mothers who live with and have been separated from their children	Wendy K.K. Lam, Wendee Wechsberg, William Zule	Child Abuse & Neglect	2004	Inglês	EUA
Deficits in plasma oxytocin responses and increased negative affect, stress, and blood pressure in mothers with cocaine exposure during pregnancy	Kathleen C. Lighta, Karen M. Grewena, Janet A. Amicob, Maria Boccia, Kimberly A. Brownleya, Josephine M. Johnsa	Addictive Behaviors	2004	Inglês	EUA
Obstetric implications of cocaine use in pregnancy: a literature review	O. Fajemirokun-Odudeyia, S.W. Lindow	European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology	2004	Inglês	Holanda
Predicting response to substance abuse treatment among pregnant and postpartum women	Susan H. Godleya, Rodney R. Funka, Michael L. Dennisa, Deborah Obergb, Lora Passetia	Evaluation and Program Planning	2004	Inglês	x
Crack cocaine as a cause of acute postoperative pulmonary edema in a pregnant drug addict	K.M. Kuczkowski	Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation	2005	Inglês	França
Peripartum care of the cocaine-abusing parturient: are we ready?	K.M. kuczkowski	Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica	2005	Inglês	Dinamarca
Relative ability of biologic specimens and interviews to detect	Fonda Davis Eylera, Marylou Behnkea, Kathleen Wobiea,	Neurotoxicology and Teratology	2005	Inglês	EUA

prenatal cocaine use	Cynthia Wilson Garvanb, Ian Tebbett				
Social problems in pregnancy	Mary Hepburn	Anaesthesia and intensive care medicine	2005	Inglês	Inglaterra
A preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled study of the safety and efficacy of ondansetron in the treatment of cocaine dependence	Bankole A. Johnson John D. Roache, Nassima Ait-Daoud, Martin A. Javors, Joseph M. Harrison, Ahmed Elkashef, Jurij Mojsiak, Shou-Hua Li, Daniel A. Bloch	Drug and Alcohol Dependence	2006	Inglês	Irlanda
An overview of non-cardiac cocaine toxicity	Jonathan Glauser, John R. Queen	American Journal of Emergency Medicine	2006	Inglês	EUA
Management of women who use drugs during pregnancy	Alison Wright, James Walker	Seminars in Fetal & Neonatal Medicine	2007	Inglês	EUA
Oral fluid as an alternative matrix to monitor opiate and cocaine use in substance-abuse treatment patients	Riet Dams, Robin E. Choo, Willy E. Lambert, Hendree Jones, Marilyn A. Huestis	Drug and Alcohol Dependence	2007	Inglês	Irlanda
Safety, tolerability and efficacy of levodopa-carbidopa treatment for cocaine dependence: Two double-blind, randomized, clinical trials	Marc E. Mooney, Joy M. Schmitz, F. Gerard Moeller, John Grabowski	Drug and Alcohol Dependence	2007	Inglês	Irlanda
A double blind, placebo-controlled trial that combines disulfiram and naltrexone for treating co-occurring cocaine and alcohol dependence	Helen M. Pettinati, Kyle M. Kampman, Kevin G. Lynch, Hu Xie, Charles Dackis, Amanda R. Rabinowitz, Charles P. O'Brien	Addictive Behaviors	2008	Inglês	EUA
Cocaine abuse: Dermatologic manifestations and therapeutic approaches	Jerry D. Brewer, Alexander Meves, J. Michael Bostwick, Kirsten Lyn Hamacher, Mark R. Pittelkow	Journal America Academy Dermatology	2008	Inglês	EUA
Different needs: Women's drug use and treatment in the UK	Mark Simpson, Julie McNulty	International Journal of Drug Policy	2008	Inglês	EUA
Levodopa pharmacotherapy for cocaine dependence: Choosing the optimal behavioral therapy platform	Joy M. Schmitz, Marc E. Mooney, F. Gerard Moeller, Angela L. Stotts, Charles Green, John Grabowski	Drug and Alcohol Dependence	2008	Inglês	Irlanda
O relaxamento respiratório	Taís Cardoso de Zeni,	Revista de Psiquiatria do Rio	2009	Português	Brasil

manejo do <i>craving</i> e dos sintomas de ansiedade em dependentes de <i>crack</i>	Renata Brasil Araujo	Grande do Sul			
As estratégias de coping para o manejo da fissura de dependentes de crack	Renata Brasil Araujo, Marcel Pansard, Betina Uhry Boeira, Neusa Sica Rocha	Rev HCPA	2010	Português	Brasil
Substance misuse in pregnancy	Sheena Prentice	Obstetrics, Gynaecology and Reproductive Medicine	2010	Inglês	Reino Unido
Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents	Marco A. Bessa, Sandro S. Mitsuhiro, Elisa Chalem, Marina M. Barros, Ruth Guinsburg, Ronaldo Laranjeira	Addictive Behaviors	2010	Inglês	EUA
Women's health and use of crack cocaine in context: Structural and 'everyday' violence	Vicky Bungaya, Joy L. Johnsona, Colleen Varcoea, Susan Boydb	International Journal of Drug Policy	2010	Inglês	EUA
Women's perspectives on screening for alcohol and drug use in prenatal care	Sarah C. M. Roberts, Amani Nuru-Jeter	Women's Health Issues	2010	Inglês	EUA