



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

O consumo de produtos tóxicos na gravidez – Tabaco, álcool e drogas

Irina Monteiro Ramalhete Sustelo

Julho 2017



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Instituto de Medicina Preventiva e Saúde Pública

O consumo de produtos tóxicos na gravidez – Tabaco, álcool e drogas

Irina Monteiro Ramalhete Sustelo

Orientado por:

Professor Doutor Luís Rebelo

Julho 2017

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.”

Antoine de Saint-Exupéry

Agradecimentos

Finalizada esta dissertação de mestrado surge a necessidade de enaltecer todos aqueles que contribuíram para a sua concretização.

Apesar do carácter individual deste trabalho académico passo a enunciar todos aqueles que me acompanharam, apoiaram e incentivaram ao longo deste percurso, quando desistir parecia ser a única solução. O meu agradecimento é dirigido a todos eles bem como, aqueles que de uma maneira mais discreta também me prestaram apoio.

Ao meu orientador, o Professor Doutor Luís Rebelo, pela dedicação, disponibilidade e sugestões, feitas durante a orientação.

A todos os meus tutores de estágio que me acompanharam e demonstraram preocupação e compreensão.

À minha mãe pelo apoio incondicional, incentivo, compreensão, e paciência revelados ao longo deste período (e não só), por estares sempre presente nos momentos de alegria e de angústia, por seres uma segunda mãe para os meus filhos, pelo exemplo dado, de que, com dedicação e humildade todos os sonhos são possíveis de realizar e porque sem ti não teria conseguido. Amo-te do fundo do coração.

Aos meus filhos, Eva e Henrique, que cada dia me dão força e coragem para lutar e ir até ao fim dos meus sonhos, apenas com um sorriso ou olhar para mim.

Ao amor da minha vida, por ter tido o privilégio de crescer enquanto pessoa e enquanto profissional ao teu lado. Por estares presente (quase sempre) nas minhas vitórias e nas minhas derrotas. Por acreditares que sou capaz de ir mais longe. Por me teres dado as 2 estrelinhas mais brilhantes deste universo.

Até não haver estrelas!

Índice

Resumo/Abstrat	2
Agradecimentos	2
Siglas e Acrónimos	4
Introdução	5
Consumo de tabaco e gravidez	8
Consumo de álcool e gravidez.....	20
Consumo de substancias psicoativas e gravidez.....	28
Policonsumo	35
Medidas e estratégias a promover	36
Conclusões e Sugestões	38
Anexos	39
<u>Anexo 1: DGS – Mais Vida Sem Tabaco (Plano de Saúde 2004-2010).</u>	39
<u>Anexo 2: Teste de Richmond</u>	39
<u>Anexo 3: Teste de Fagerström.....</u>	40
<u>Anexo 4: Questionário ASSIST</u>	41
<u>Anexo 5: Questionário AUDIT-C</u>	42
<u>Anexo 6: Questionário AUDIT</u>	43
<u>Anexo 7: Questionário SDS</u>	45
Referências bibliográficas	46

Siglas e Acrónimos

RN: Recém-nascido

SICAD: Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências

CISA: Centro de Informação sobre Saúde e Álcool

OMS: Organização Mundial de Saúde

DGS: Direção-Geral de Saúde

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

DSM – V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição

TSN: Terapia de substituição da nicotina

HAP: Hospital de Apoio Perinatal

HAPD: Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

CAD: Comportamentos aditivos e Dependências

SAF: Síndrome Alcoólico Fetal

ARS, I.P: Administrações Regionais de Saúde, Instituto Público

ACES: Agrupamentos de Centros de Saúde

IDT: Instituto da Droga e Toxicoddependência

NOC,s: Normas de Orientação Clínica

USF: Unidade de Saúde Familiar

UCSP: Unidade de Cuidados de Saúde Primária

EUA: Estados Unidos

ADH: Enzima Álcool Desidrogenase

HDL: High Density Lipoprotein – Lipoproteína de alta densidade

MAST: Michigan Alcoholism Screening Test

AUDIT-C: Alcohol Use Disorders Identification Test

AUDIT: Alcohol Use Disorders Identification Test

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAGE: Cutting down, Annoyance by criticism, Guilty feeling, Eye-openers

ISCA: Systematic Interview of Alcohol Consumption

UNCOPE: Used, Neglected, Cut-down, Objected, Preoccupied, Emotional

CAST: Cannabis Abuse Screening Teste

SDS: Severity og Dependence Scales

Resumo

A dependência da nicotina, do álcool e de outras substâncias psicoativas durante a gravidez é um problema grave no mundo inteiro, com consequências para a grávida, feto e recém-nascido.

Os cuidados em saúde materna têm vindo a ter uma importância cada vez maior nos últimos anos, principalmente na prevenção de patologias na grávida, feto e recém-nascido. Tem-se verificado grandes melhorias nas taxas de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil o que é revelador das corretas e adequadas medidas adotadas. Este trabalho tem por objetivo identificar as melhores práticas a nível nacional e internacional e listar um conjunto de recomendações e intervenções adequadas e eficazes no período pré-concepcional, durante a gravidez e no período pós-parto.

As principais estratégias devem passar por intervenções nas diversas áreas de prevenção, como também na prevenção ambiental, recentemente desenvolvida, em que a atuação será dirigida a nível das normas sociais com a finalidade de alterar os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos que interferem com as escolhas individuais e consumo de substâncias psicoativas.

É igualmente necessário melhorar as técnicas de investigação pois uma das grandes lacunas identificada nos estudos realizados é não conseguirem isolar os efeitos nocivos para cada tipo de consumo devido a associação confirmada de policonsumo na maioria dos casos.

Palavras-chaves: Gravidez; Álcool; Tabaco; Drogas;

“O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.”

ABSTRACT

The dependence of nicotine, alcohol and other psychoactive substances during Pregnancy is a severe problem worldwide, with consequences for the pregnant, embryo and new-born.

Maternal health care has become increasingly important in recent years, especially in the prevention of pathologies in the pregnant, embryo and new-born. There have been great improvements in maternal, neonatal and infant morbidity and mortality rates, which is revealing of the correct and adequate measures adopted. This paper aims to identify best practices at the national and international level and to list a set of adequate and effective recommendations and interventions in the preconceptional period, during pregnancy and in the postpartum period.

The main strategies should be interventions in the various areas of prevention, as well as in the recently developed environmental prevention, in which the action will be directed at social norms in order to change the cultural, social, physical and economic environments that interfere with Individual choices and consumption of psychoactive substances.

It is also necessary to improve research techniques because one of the major gaps identified in the studies carried out is that they cannot isolate the harmful effects for each type of consumption because of the confirmed association of polydrug use in most cases.

Keywords: Pregnancy; Alcohol; Tobacco; Drugs.

“O Trabalho Final exprime a opinião do autor e não da FML.”

Introdução

A dependência da nicotina, do álcool e de outras substâncias psicoativas durante a gravidez continuam a ser um problema grave no mundo inteiro, com consequências para a grávida, feto e recém-nascido.

Os cuidados em saúde materna têm vindo a ter uma importância cada vez maior nos últimos anos, principalmente na prevenção de patologias na grávida, feto e recém-nascido. Os resultados de grandes melhorias nas taxas de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil indica-nos que estamos no bom caminho. Os cuidados de Saúde Primária têm desempenhado um papel fundamental. O trabalho do médico de família é de importância incontestável, dado que são eles que contactam em primeiro lugar com grande parte das pessoas com problemas de consumo. De salientar ainda que a gravidez constitui uma fase no ciclo de vida de uma mulher, em que haverá maior disponibilidade para alterar os comportamentos relacionados com a saúde.

Este trabalho tem por objetivo identificar as melhores práticas exercidas ao nível nacional e internacional, e listar um conjunto de recomendações e intervenções adequadas e eficazes no período pré-concepcional, durante a gravidez e período pós-parto. É importante identificar e orientar precocemente fatores de risco associados a estilos de vida que são modificáveis, e suas consequências (neste trabalho focamo-nos sobre os principais fatores de risco: tabaco, álcool e substâncias psicoativas), como também assegurar a continuidade dos cuidados de saúde ao longo destes períodos promovendo a Saúde e a educação para a saúde.

Contudo, ainda existem patologias associadas a estilos de vida modificáveis que prevalecem e que têm consequências irreversíveis na grávida, feto e RN. Os principais estilos de vida modificáveis encontrados mais frequentemente na mulher grávida são o consumo de tabaco, álcool e de substâncias psicoativas, sendo o cannabis, hipnóticos e heroína os mais prevalentes. Das substâncias consumidas, o tabaco é a principal causa evitável de complicações na gravidez. Embora os dados estatísticos da população geral nos mostram que existe uma diminuição desses consumos motivadas por várias razões, nas grávidas não conseguimos obter dados suficientes para verificar a alteração dos valores nessa população de risco.

O objetivo desta revisão da literatura é analisar a situação do nosso país nos dias de hoje, analisar o funcionamento dos nossos sistemas de informação e deteção precoce dos consumos nas grávidas, informar acerca dos melhores tratamentos, medidas e

estratégias existentes fora de Portugal, e contribuir para a melhoria dos cuidados de saúde materna, principalmente a nível preventivo.

O ciclo de vida em que se enquadra a gravidez e período neonatal é de grande importância pois a mulher grávida está mais disposta e motivada a fazer alterações do seu estilo de vida, principalmente quando existe uma história de consumo de substâncias nocivas, quer para a mãe quer para o feto em desenvolvimento. Esta etapa de vida engloba a saúde da mulher e evolução da sua gravidez, o puerpério e o recém-nascido até aos 28 dias. No entanto para um melhor seguimento, também incluímos o período de amamentação, dado as possíveis consequências para o RN quando existe consumo de substâncias pela mãe.

Consumo de tabaco e gravidez

O tabaco é a principal causa evitável de complicações na gravidez tanto para a grávida como para o feto e RN. Parar de fumar antes da concepção ou no início da gravidez traz benefícios para a mulher grávida e para o feto em desenvolvimento, mesmo se a cessação tabágica ocorrer poucas semanas antes do parto. Contudo, nem todas as grávidas conseguem parar de fumar, sendo que nesses casos, o objetivo será de diminuir o número de cigarros fumados. Essa diminuição não elimina completamente, mas leva a uma redução das complicações associadas ao tabagismo.

Diagnóstico da situação

O tabagismo constitui, tanto a nível mundial como nacional, uma das principais causas de morbidade e mortalidade evitáveis. Nos dias de hoje, ainda encontramos muitas mulheres fumadoras que querem engravidar ou grávidas, e que não estão conscientes dos malefícios de fumar. Não existem dados nacionais sobre a taxa de prevalência de grávidas fumadoras. No entanto, estima-se que um quarto das mulheres fumadoras, após engravidar, continuaram o consumo, e cerca de outro quarto deixam de fumar no 1.º trimestre, embora a maioria volte a fumar após o parto ³⁹.

Foi encontrado um estudo com dados epidemiológicos, realizado por Alves e outros em 2005-2006, em que foi encontrado uma prevalência de grávidas fumadoras de 22.9%².

Autor	Data	Participantes	Idade	Prevalência (%)
Almeida, S., et al (41)	2001	1573 Portugal	-----	11,5
Figueiredo, B., et al (42)	2005	130 Porto	14-40	Antes da gravidez: 37,7 Durante a gravidez: 15,5
Ferreira-Borges, C. (43)	2005	1994 Lisboa	----	17,8

(<http://www.scielo.mec.pt/pdf/am/v19n5-6/v19n5-6a05.pdf>)

Em 2007, a DGS criou uma norma designada “Programa-tipo de atuação em cessação tabágica” dirigida para todos os serviços do Serviço Nacional de Saúde e que estabelece a orientação técnica para os profissionais de saúde.

Em Portugal, foi desenvolvido a partir de 2011, uma rede de referenciação dos consumos de tabaco, álcool e substâncias psicoativas, enquadrada pelo Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), também criado em 2011. Esta rede de referenciação consiste num *“sistema através do qual se pretende regular as relações de complementaridade e de apoio técnico entre todas as instituições que prestam cuidados de saúde, de modo a garantir o acesso de todos os doentes aos serviços e unidades prestadoras de cuidados de saúde, sustentado num sistema integrado de informação interinstitucional”*. (SICAD, 2013).

A DGS criou um folheto informativo para a população em geral (ver Anexo 1), com o objetivo de promover a cessação tabágica em qualquer faixa etária ou subgrupo populacional. No entanto, é necessário melhorar a sua visibilidade para que a sua eficácia seja relevante.

Em Portugal, os dados estatísticos demonstraram que um grande número de mulheres ainda não procura a consulta pré-concepcional. Segundo o Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco da DGS, a correta vigilância começa na consulta pré-concepcional, continua durante a gravidez e termina no fim do puerpério. Alguns dos objetivos na consulta pré-concepcional são a contribuição para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis e promoção da sua correção, e a sistematização e transmissão de todas as recomendações pertinentes (válidos para os outros tipos de consumo)¹¹.

Tabela 1: Guia da Consulta Pré-concepcional (Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, (2015) – DGS.

DETERMINAR/EFETUAR

- História clínica: determinar estado geral de saúde da mulher/casal e respetivos antecedentes pessoais e familiares;
- ...
- Avaliação do consumo de tabaco, álcool e outras SPA;
- ...
- Avaliação de fatores de risco familiares / contextos de vida;
- ...

INFORMAR/VALIDAR/REQUISITAR

- Riscos inerentes a qualquer consumo de álcool ou outras SPA durante a pré-conceção e nos primeiros momentos da gravidez;
- Riscos do consumo de tabaco durante a gravidez;
- ...
- Estado nutricional, peso adequado, hábitos alimentares e estilos de vida saudável;
- ...
- Vantagens de um início precoce e continuado da vigilância pré-natal;
- ...
- Ponderar referência para consulta de cessação tabágica;
- Ponderar referência para consulta especializada as mulheres que não são capazes de abandonar os consumos de álcool ou outras SPA;
- Ponderar referência para consulta de psicologia, consulta com assistente social ou para Unidade de Cuidados na Comunidade;
- Ponderar referência para HAP ou HAPD (de acordo com protocolo de cada UCF);
- ...

Realidade fora de Portugal

De acordo com os dados do sistema de avaliação e monitorização de risco de gravidez de 2011 do PRAMS (Pregnancy Risk Assessment Monitoring System) realizados nos Estados-Unidos, aproximadamente 10% das mulheres assumiram fumar nos últimos 3 meses de gravidez, das mulheres que fumavam a 3 ou mais meses antes da gravidez, 55% pararam durante a gravidez e as que deixaram de fumar durante a gravidez, 40% recomeçaram a fumar nos 6 meses após o parto ⁴².

Relativamente às abordagens para prevenção, diagnóstico e tratamento para a cessação tabágica nas mulheres grávidas, parecem ser idênticas às realizadas em Portugal.

Relação socioeconómica com o consumo de tabaco

Foi demonstrado que o baixo nível de literacia está associado a uma maior probabilidade de consumo de tabaco durante a gravidez e a uma menor probabilidade na sua cessação. Face ao exposto, determinados subgrupos nas mulheres grávidas (grávidas adolescentes, mães solteiras, provenientes de um meio socioeconómico mais desfavorável) que são mais suscetíveis de adquirir hábitos nefastos para si e para o futuro bebé devem ter maior apoio¹.

A deteção precoce realizada pelo profissional de saúde é ainda mais importante nas mulheres com história de consumo de tabaco e substâncias psicoativas, pois a grande maioria não planeou a sua gravidez, sendo a sua deteção tardia, e consequentemente, um aumento do risco de sequelas para estas grávidas e para o feto.

Fisiopatologia do consumo e suas consequências para grávida, embrião/feto e recém-nascido¹

Efeitos do consumo na grávida

A exposição ao fumo do tabaco e substâncias químicas encontradas no cigarro (principalmente o chumbo), têm um efeito negativo sobre o fluxo transplacentário de micronutrientes. Por sua vez, o chumbo encontrado em grandes quantidades no plasma e no sangue das grávidas fumadoras (sendo que o seu nível se correlaciona com o grau de intensidade do tabagismo), parece ter uma influência na mobilização de cálcio no osso,

com libertação simultânea de chumbo depositado no osso. No entanto, serão necessários mais estudos para confirmar esta afirmação. A grávida com este hábito terá maior risco de desenvolver uma gravidez ectópica, cancro (pulmão, mama, etc.), doenças respiratórias, doenças cerebrais e cardiovasculares, diabetes, tuberculose e cegueira³⁸.

Efeitos do consumo no embrião/feto ¹

O consumo de tabaco na gravidez provoca alterações a nível da placenta e da circulação materno-fetal, resultando num aumento da resistência à perfusão e oxigenação do feto e à eliminação de metabolitos tóxicos.

Da mesma forma, muitos dos constituintes do fumo do tabaco atravessam a barreira placentária, alcançando a circulação e tecidos do feto (CO, nicotina, metais pesados, etc.). Como exemplo, o CO inalado pela mãe parece ter um papel importante na produção de um quadro de hipoxia fetal, resultando em anemia funcional. Contudo, o feto parece apresentar maior sensibilidade do que a mãe aos efeitos tóxicos do CO.

Consequentemente, há um risco aumentado de parto pré-termo, restrição do crescimento, baixo peso ao nascer, descolamento prematura da placenta, rotura precoce das membranas, aborto espontâneo, anomalias congénitas (fissuras oro-faciais, malformações cardiovasculares, pé boto, gastrosquise) e alterações no desenvolvimento cerebral do feto.

Efeitos do consumo no RN

O efeito secundário mais temido é o Síndrome de abstinência neonatal que está diretamente relacionado com a gravidade do consumo. Estas crianças terão uma maior probabilidade em tornar-se dependente mais tarde. Outras patologias relacionadas com o tabagismo são o Síndrome da Morte Súbita Infantil, doenças das vias respiratórias (asma, otites de repetição, infeções respiratórias de repetição, redução da função pulmonar) e Transtornos do comportamento na criança.

De salientar ainda que o tabagismo reduz a produção de leite. Pensa-se que este efeito pode ser causado pela nicotina, que diminui a prolactina sérica, embora outros fatores associados ao tabagismo também possam desempenhar um papel importante nessa situação³².

Amamentar e fumar ao mesmo tempo é considerado um fator de risco major para o Síndrome da Morte Súbita Infantil. Acredita-se que a nicotina seja o fator causal, ao reduzir o conteúdo de dopamina nos corpos carotídeos e reduzir a capacidade do bebê de

se “auto-ressuscitar” durante os episódios de hipoxia. A nicotina presente no leite materno também parece reduzir a variabilidade da frequência cardíaca em lactentes amamentados.

Diagnóstico do consumo e Tratamento

Os benefícios da cessação tabágica verificam-se em qualquer altura da gravidez, embora sabemos que quanto mais cedo for essa cessação mais benefícios haverá para a mulher grávida e para o feto ou RN, pelo que, é muito relevante o papel dos profissionais de saúde em abordar e detetar o mais precocemente possível o tabagismo nas grávidas.

Em cada consulta pré-natal, o profissional de saúde deve questionar a mulher grávida acerca do consumo de tabaco, informar e aconselhar sobre os riscos do tabagismo e da exposição ao fumo do tabaco, como também, estratégias para a diminuição e exposição desse consumo. É igualmente importante disponibilizar intervenções psicossociais para a cessação tabágica e envolver os elementos da família.

1. Diagnóstico

Existem vários métodos que podem ser usados nos cuidados de saúde primária para ajudar na deteção precoce do tabagismo. Os métodos que demonstraram maior evidência científica ao longo destes últimos anos foram as intervenções de apoio a cessação tabágica, a entrevista motivacional, as consultas de apoio intensivo a cessação tabágica, a terapia cognitivo-comportamental e grupos de autoajuda estruturados. Iremos de seguida abordar alguns desses métodos.

Para podermos orientar da melhor forma os utentes que fumam temos de classificar esse consumo em “consumo de baixo risco”, “consumo de risco”, “consumo nocivo” ou “dependência”. (válido também para o consumo de álcool e outras substâncias psicoativas).

Tabela 2: Classificação do consumo (SICAD,2013)

Consumo de baixo risco	Padrão de consumo, que na ausência de determinadas condições, se utiliza para indicar que o consumo está dentro dos parâmetros legais e médicos e que está associado a uma baixa incidência de problemas de saúde e sociais.
Consumo de risco	Padrão de consumo, ocasional ou continuado, que aumenta a probabilidade de ocorrência de consequências prejudiciais para o consumidor, nomeadamente de doenças, acidentes, transtornos mentais ou de comportamento, se persistir.
Consumo nocivo	Padrão de consumo que causa danos quer na saúde física quer na saúde mental do indivíduo, acompanhado ou não de consequências sociais adversas, mas que não preenche os critérios de dependência. Os danos objetivos presentes podem ser agravados pela continuação do consumo.
Dependência	Padrão de consumo constituído por um conjunto de fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais que podem desenvolver-se após o uso repetido da substância. Inclui um desejo intenso de consumo, descontrolo sobre o seu uso, continuação dos consumos independentemente das consequências, uma alta prioridade dada aos consumos em detrimento de outras atividades e obrigações, aumento da tolerância e sintomas de privação quando o consumo é descontinuado. No âmbito da dependência alcoólica, ressalvam-se 3 níveis: <ul style="list-style-type: none"> • Ligeira – Sem sinais físicos de privação; • Moderada – Com privação física; • Grave – História de <i>delirium tremens</i> / crises convulsivas. Com repercussões de natureza orgânica.

Intervenções de apoio a cessação tabágica (Intervenção breve e consulta de apoio intensivo a cessação tabágica)^{1, 13}.

As intervenções de aconselhamento individual da mulher grávida devem ser iniciadas na primeira consulta pré-natal e reforçadas ao longo da gravidez e período pós-parto.

As recomendações da OMS estão resumidas no quadro seguinte:

Quadro 2 | Recomendações da OMS para o tratamento do uso do tabaco e prevenção da exposição ao fumo ambiental durante a gravidez (2013)

RECOMENDAÇÕES DA OMS PARA A PREVENÇÃO E GESTÃO DO USO DO TABACO E DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DURANTE A GRAVIDEZ

IDENTIFICAÇÃO DO USO DE TABACO E DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL

1. Os profissionais de saúde devem inquirir todas as mulheres grávidas relativamente ao uso do tabaco (passado e presente) e à exposição ao fumo ambiental do tabaco, o mais precocemente possível na gravidez e, posteriormente, em todas as consultas pré-natais.

INTERVENÇÕES PSICOSSOCIAIS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

2. Os profissionais de saúde devem oferecer, por rotina, conselhos e intervenções psicossociais para a cessação do consumo de tabaco a todas as mulheres grávidas fumadoras ou que pararam de fumar recentemente.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS PARA A CESSAÇÃO TABÁGICA NA GRAVIDEZ

3. O painel de peritos não pode fazer uma recomendação sobre o uso, ou não, da terapia de substituição de nicotina para apoiar a cessação tabágica na gravidez.
4. O painel de peritos não recomenda o uso do bupropiom ou da vareniclina para apoiar a cessação tabágica na gravidez.
5. O painel de peritos recomenda a realização de mais investigação sobre a segurança, a eficácia e os fatores que afetam a adesão fármaco-terapêutica na cessação tabágica durante a gravidez.

PROTEÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO (LOCAIS PÚBLICOS E DE TRABALHO LIVRES DE FUMO)

6. Todas as instalações onde se prestem cuidados de saúde devem ser livres de fumo, no sentido de proteger a saúde de todos os funcionários, pacientes e visitantes, incluindo as mulheres grávidas.
7. Todos os locais de trabalho e locais públicos devem ser livres de fumo, para proteção de todos, incluindo as mulheres grávidas.

PROTEÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO FUMO AMBIENTAL DO TABACO (DOMICÍLIOS LIVRES DE FUMO)

8. Os profissionais de saúde devem informar e aconselhar as mulheres grávidas, os seus parceiros e outros membros da família, sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco e as estratégias para reduzir essa exposição em sua casa.
9. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, abordar diretamente os parceiros e outros membros da família, no sentido de os informar sobre os riscos da exposição ao fumo ambiental do tabaco durante a gravidez, de promover a redução da exposição ao fumo ambiental e de oferecer apoio na cessação tabágica.

É importante reforçar as intervenções com apoio telefónico ou materiais de autoajuda (Ex: folhetos informativos).

Foram desenvolvidas técnicas de abordagem acerca da cessação tabágica que podem ser usadas facilmente pelo profissional de saúde e que são de curta duração, devido ao pouco tempo de consulta disponível. Essas técnicas são chamadas de intervenção breve e muito breve. São eficazes para situações de dependência baixa a moderada.

A intervenção breve consiste numa abordagem de aconselhamento e tratamento breve do tabagismo com duração de poucos minutos. A abordagem utilizada é os 5A's e é constituída por:

- (A)bordar hábitos;
- (A)conselhar;
- (A)valiar;
- (A)poiar;
- (A)companhar.

É importante a forma como o profissional de saúde aborda a questão, pois as grávidas podem omitir terem hábitos tabágicos por receio de críticas negativas e estigma social. Também é relevante que o profissional de saúde mantenha, em cada consulta com a grávida, um discurso positivo e motivacional de forma a ter resultados positivos de diminuição ou cessação do consumo de tabaco.

“Abordar hábitos” – recolher informação acerca do consumo de tabaco e registo. Deve ser perguntado e reavaliado a cada consulta durante toda a gravidez e período pós-parto.

“Aconselhar” – aconselhar a parar de fumar ou reforçar os benefícios de não fumar.

“Avaliar” – analisar a motivação para parar de fumar. Se houver interesse em cessar o consumo avançamos para os 2A's seguintes; caso não haja interesse teremos de iniciar uma abordagem motivacional breve designada por 5R's. Estes últimos correspondem a (R)elevância dos benefícios, (R)iscos em continuar, (R)ecompenas, (R)esistências, (R)epetição. No item “Relevâncias” o objetivo é encorajar a grávida a explicar o quão seria importante para ela e para o seu bebé deixar de fumar. Nos “Riscos e benefícios” pedimos à grávida que enuncie os riscos em continuar o tabagismo, tanto para ela como para o bebé, e acrescentamos os que a grávida não sabe. No item “Recompensas” é pedido à grávida para descrever os benefícios de parar de fumar para ela e o bebé. Na parte “Resistências”, pedimos a grávida para mencionar as dificuldades que sente quanto à decisão de cessar o consumo de tabaco. Finalmente, a “Repetição” consiste em avaliarmos em cada consulta o posicionamento da grávida quanto à cessação tabágica, motivando e reforçando os benéficos que representa o deixar de fumar.

“Apoiar” – pretende ajudar a grávida a parar de fumar. Perante a situação de uma grávida ambivalente quanto a sua decisão podemos igualmente abordar a entrevista motivacional e os 5R’s neste item.

“Acompanhar” – passo final da abordagem dos 5A’s e neste ponto o nosso objetivo é acompanhar a grávida após a cessação tabágica, de maneira a monitorizar a evolução do processo, identificar as eventuais dificuldades que possam aparecer, evitar a recaída e consolidar o sucesso da cessação ¹. Esse último item é de grande importância pois aproximadamente 60% a 80% das mulheres que pararam de fumar durante a gravidez têm uma recaída no ano após o parto ¹.

Quando estamos perante uma grávida que se apresenta hesitante na sua decisão de parar de fumar, a entrevista motivacional torna-se necessária. O objetivo dessa abordagem é aumentar a motivação intrínseca da pessoa para a mudança, com base nos próprios objetivos e valores pessoais, no sentido de ajudar a resolver a ambivalência e facilitar a progressão para a decisão de parar ¹.

Após a decisão em cessar o tabagismo, começa um ciclo chamado “Ciclo da Mudança”. Este é constituído por várias fases até chegar a uma mudança permanente:

- Pré-contemplação (grávida não tem ainda consciência dos riscos);
- Contemplação (fase de insegurança e ambivalência);
- Preparação (decisão foi tomada e sua implementação inicia);
- Ação (grávida cessa de fumar);
- Manutenção;
- Recaída (pode acontecer entre a fase de ação e manutenção).

É de todo importante o médico conhecer e identificar em que fase está o seu paciente, de forma a poder ajuda-lo mais eficazmente.

Um dado importante é se uma grávida tiver um consumo superior a um maço de tabaco por dia e se sentir incapaz em parar de fumar após uma intervenção breve, é considerada uma grávida com dependência alta. Nestes casos temos de encaminhá-la para uma consulta de apoio intensivo de cessação tabágica.

A intervenção muito breve aplica-se para situações em que o tempo na consulta é muito reduzido. Consiste em (A)bordar o consumo, (A)aconselhar a cessação tabágica e oferecer encaminhamento para uma consulta de apoio intensivo caso seja necessário.

A consulta de apoio intensivo à cessação tabágica é dirigida a utentes que não conseguiram parar de fumar após uma intervenção breve ou com história de tentativas feitas anteriormente e acompanhadas de forte Síndrome de Abstinência, ou que têm

história de várias recaídas após a cessação, ou ainda, que apresentam um grau elevado de dependência à substância.

Questionários de diagnóstico nos cuidados de saúde primária

Durante a consulta, para avaliarmos de forma rápida e eficaz, tanto a motivação em parar de fumar como a avaliação do grau de dependência à nicotina, existem 2 questionários, o teste de Richmond e o teste de Fagerström. Cada teste é constituído por perguntas a serem feitas ao utente e, conforme a pontuação, poderemos detetar e ajudar de forma mais direcionada e individualizada a cessação tabágica. (Anexo 2 e 3)

Biomarcadores da exposição ao fumo do tabaco¹

Dentro dos vários biomarcadores existentes, dois ressaltam particularmente, o doseamento bioquímico dos níveis da cotinina e o doseamento da concentração de monóxido de carbono (CO) no ar expirado.

A cotinina é o principal metabolito da nicotina. É usada para quantificar a exposição ao fumo do tabaco, seja ele passivo ou ativo. Tem a vantagem dos seus níveis poderem ser medidos no sangue, na urina, ou na saliva, sendo esta última usada habitualmente. Segundo a *US Department of Health and Human Services*, é um ótimo indicador da exposição ao fumo do tabaco.

O doseamento da concentração de CO no ar expirado, é medido através de um coxímetro. Em comparação à medição dos níveis da cotinina, é um método mais económico, menos invasivo e mais rápido. No entanto, é menos preciso do que o doseamento da cotinina devido principalmente à sua semivida curta (2 a 6 horas), com eliminação completa em 10 a 15 horas. Os valores de referência para uma mulher grávida, embora não haja ainda consenso entre os vários autores, são valores iguais ou superiores a 4 partes por milhão (ppm) no ar expirado.

Tendo em conta que, no contexto da vigilância da gravidez, o consumo de tabaco auto-reportado nem sempre é fidedigno, sendo aconselhável e mais eficaz recorrer á medição da concentração de CO.

2. Tratamento ^{1,28}

A abordagem sobre a cessação do consumo de tabaco deve ser feita, idealmente, no período pré-concepcional, e caso não tenha sido possível, o mais precocemente possível durante a gravidez.

Os modelos de tratamentos recomendados para a cessação tabágica na mulher grávida passam por intervenções de apoio à cessação tabágica realizadas durante as consultas, consultas de apoio intensivo à cessação tabágica e apoio psicoterapêutico com psicoterapia cognitivo-comportamental.

Os tratamentos farmacológicos durante a gravidez e amamentação não têm indicação por haver ainda uma carência de estudos e investigações a comprovar a sua eficácia e segurança. Por conseguinte, neste momento, é desaconselhado todo o tipo de medicação de apoio a cessação tabágica ao longo da gravidez e período pós-parto.

No entanto, o uso da terapia de substituição da nicotina (TSN) poderá ser equacionado em determinadas situações e sempre com supervisão médica. Os restantes medicamentos (Bupropiom e Vareniclina) não estão indicados por não haver estudos suficientes que demonstrem segurança e eficácia para ser dado na grávida. Neste sentido, a OMS recomenda a realização de mais pesquisas sobre a segurança, eficácia e fatores que afetam a adesão fármaco terapêutica da cessação tabágica na gravidez.²⁹

Relativamente aos cigarros eletrônicos (“e-cigarro”), eles são constituídos por uma bateria, um dispositivo de aquecimento e um cartucho para reter líquido. O líquido contém tipicamente nicotina, aromatizantes e outros produtos químicos. O dispositivo é alimentado por uma bateria que aquece o líquido no cartucho situado num aerossol que o usuário inala. Embora o aerossol do e-cigarro tenha menos substâncias nocivas do que o fumo do cigarro tradicional, ele contém nicotina, não sendo seguro o seu consumo durante a gravidez. Além disso, alguns dos aromas utilizados nesses cigarros podem ser prejudiciais para o feto em desenvolvimento⁴².

Durante o período de aleitamento materno é aconselhado a grávida fumadora amamentar, com algumas precauções:

- Fumar o menor número possível de cigarros;
- Nunca fumar, pelo menos 1 a 2 horas, antes de o bebé mamar;
- Nunca fumar junto do bebé;
- Usar um casaco para fumar;
- Nunca fumar dentro de casa ou à janela;
- Nunca fumar no interior do carro.

Consumo de álcool e gravidez

O consumo de álcool na mulher grávida tem sido cada vez mais relacionado com a existência de patologia no RN. Gradualmente, os resultados de estudos e investigações com evidência científica apontam nessa direção. O risco é tanto maior quanto maior for o consumo de álcool. Foi igualmente estabelecido que um dos principais determinantes do consumo de álcool durante a gravidez é o consumo prévio de álcool.

Com objetivo de melhorar a detecção precoce e tratamento neste subgrupo de população vulnerável, os governos de grande maioria dos países europeus têm apostado na divulgação de informação para a população em geral sobre as consequências do consumo de álcool, mesmo que este seja em quantidades mínimas.

Diagnóstico da situação ¹²

Relativamente ao subgrupo das mulheres grávidas, há poucos dados em Portugal sobre a prevalência do consumo de álcool. Mas, para termos neste momento uma ideia da situação, podemos correlacionar os dados obtido na faixa etária onde ocorreu um maior número de nados vivos, isto é, entre os 25 e 34 anos e o consumo de álcool. Os dados reportados em 2012 indica-nos que na faixa etária entre os 25 e 34 anos, a prevalência do consumo de bebidas alcoólicas foi de 50%. Esta prevalência de consumo em idade fértil confirma que existe um risco real de ocorrência de gravidezes expostas ao álcool.

Ainda, em conformidade com o III Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas, a gravidez/amamentação constitui o 6º motivo mais referido pelas mulheres portuguesas para abandonar o consumo de bebidas alcoólicas ^{12, 31}.

O consumo de álcool pode ser descrito em gramas de álcool consumidos ou em unidade standard, sendo que essa unidade contém 10g de álcool. Para tal, a OMS propôs que uma unidade é equivalente a:

- 330 ml de cerveja a 5%;
- 140 ml de vinho a 12%;
- 90 ml de vinhos fortificados a 18%;
- 70 ml de um licor ou aperitivo a 25%;
- 40 ml de bebidas espirituosas a 40% ⁵.

Da mesma forma que o tabagismo na grávida, a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde prestados à grávida e ao RN é uma das áreas de intervenção prioritária do Plano Nacional de Saúde, por existir evidências dos benefícios para a saúde a longo prazo. Também, os cuidados pré-concepcionais influenciam a diminuição da taxa de mortalidade e morbidade materna, neonatal e infantil, ao mesmo tempo de promover a saúde de mães e crianças (ver tabela 1).

Realidade fora de Portugal

A principal causa de anomalias congénitas no RN na Europa é o consumo de álcool. Segundo o relatório realizado em 2016 pela CDC (Centers for Disease Control and Prevention), estima-se que nos Estados-Unidos, cerca de 3,3 milhões de mulheres com idades compreendidas entre os 15 e os 44 anos correm o risco de expor o futuro bebé ao álcool, devido ao fato de continuarem com o mesmo consumo de álcool durante a fase pré-concepcional (independentemente de quererem engravidar ou não). O relatório também constatou que 3 em cada 4 mulheres que querem engravidar não deixam de beber álcool⁴¹.

Quanto às diversas estratégias e abordagens deste consumo na restante da Europa, parecem apresentar algumas discrepâncias em relação às nossas. No entanto, dado haver grande evidência científica relativamente á eficácia das intervenções breves e entrevistas motivacionais, estas são as estratégias escolhidas fora de Portugal.

Como exemplo de estratégias fora de Portugal, nos Estados Unidos realizaram um vídeo para a população no sentido de advertir os malefícios em beber álcool durante a gravidez e amamentação (<https://youtu.be/zIHuCT-gbWE>).

Relação socioeconómica com o consumo

Sabemos que a influência do meio familiar é um fator de grande relevância no contexto de consumo de álcool, pois, em regra geral, existe uma alta permissividade de hábitos e elevados consumos (as crianças tem um contacto muito mais frequente e precoce, podendo existir alcoolismo infantil), carência de afeto, carências materiais, violência doméstica, maus tratos, etc. Estes podem levar a um desequilíbrio

biopsicossocial nos restantes elementos da família, principalmente nos filhos. Essas crianças, sofrem, com muito mais frequência, atrasos no desenvolvimento e insucesso escolar.

Fisiopatologia do consumo e suas consequências para grávida, embrião/feto e recém-nascido

O consumo de álcool tem uma ação tóxica no organismo do indivíduo em que tanto pode levar a efeitos mínimos sobre o desenvolvimento como levar ao Síndrome Alcoólico Fetal.

Os mecanismos fisiopatológicos pelos quais o álcool atua a nível do feto, continuam a ser objeto de investigação. No entanto, sabemos o papel do etanol e suas consequências quando alcança os tecidos fetais, e a dinâmica das trocas sanguíneas entre a mãe e o feto, no que diz respeito às concentrações de álcool.

O etanol, tal como o acetaldeído, atravessa livremente a membrana placentária, dependendo apenas do fluxo sanguíneo placentária, segundo um gradiente de concentração. Assim, se a mulher grávida ingerir uma dose de álcool, verificamos que a concentração do etanol no sangue da mãe subirá rapidamente, enquanto que no feto a concentração máxima aparecerá mais tarde, mas nunca atingindo valores tão elevados. Outro aspeto importante a ter em conta é que a mãe, ao metabolizar o álcool, a concentração deste no sangue irá descendo, mas, pelo facto do feto não ser ainda capaz de metabolizar o etanol, a concentração do álcool no sangue fetal manter-se-á elevada durante mais tempo, até que a concentração do etanol no sangue da mãe seja inferior. Assim, o álcool difunde-se da circulação fetal para a circulação materna, alcançando facilmente os tecidos fetais exercendo o seu efeito teratogénico.

Os efeitos indiretos do álcool durante a gravidez também têm sido apontados por alguns autores por estarem relacionados com o modo de vida pouco saudável que leva a grávida com consumo de álcool crónico: má nutrição, carência de folatos, diminuição de reserva em glicogénio, carência na circulação placentária e de oligoelementos (em especial o zinco, elemento indispensável ao crescimento celular).

A associação de tabagismo ao alcoolismo crónico constitui um fator de agravamento da morbidade na grávida, feto e RN.

Efeitos do consumo na grávida

O álcool provoca mais de 60 tipos diferentes de doenças e lesões, para além da dependência, entre as quais, aumento de infeções, doenças cardiovasculares, distúrbios neuropsiquiátricos ⁵.

A toxicidade do álcool na grávida faz-se sentir ao longo de toda a gravidez, mas os mecanismos fisiopatológicos são ainda mal conhecidos. De salientar que não existe comprovação estatística da existência de um “limiar” de alcoolização, abaixo do qual o consumo deixará de constituir um risco durante a gravidez;

Efeitos do consumo no embrião/feto

As principais consequências do consumo de álcool para o embrião/feto são um aumento na incidência de malformações de órgãos como o cérebro, coração, rins.

Efeitos do consumo no RN

Existem evidências científicas de que o consumo de álcool tem efeitos nocivos no RN. De facto, segundo a *European Alcohol Policy Alliance* (EUROCARE), estima-se que cerca de 5 milhões de europeus nasçam com anomalias e perturbações do desenvolvimento associado ao consumo de álcool na gravidez. De acordo com o *European surveillance of congenital anomalies* (EUROCAT), estima-se que entre 2006 e 2010 terão ocorrido 222 casos de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) por cada 10.000 nascimentos.

Para o mesmo período, o nosso país reportou apenas 1 caso de Síndrome Alcoólica Fetal (SAF) por 10.000 nascimentos. No entanto temos de ter alguma cautela quanto a esses números pois a SAF apresenta vários níveis de complicações sendo uns mais ligeiros que outros, e seu diagnóstico depende muito da experiência do médico⁵.

O RN pode ainda apresentar uma perturbação de adaptação neonatal, com diminuição do índice de APGAR, torpor e depressão respiratória colocando em perigo a vida do RN.

Foram igualmente descritos quadros de privação alcoólica provocados pelo corte do cordão umbilical, (já que este mantinha a alcoolémia na circulação fetal) e que podem ocorrer nas primeiras 12 horas após o parto. Trata-se de um quadro constituído por agitação, tremores, perturbações do sono, hipertonia muscular e, por vezes, convulsões.

Os RN das mães alcoólicas apresentam com alguma frequência perturbações do desenvolvimento pós-natal. Isto é, ao longo do crescimento da criança até a vida adulta podem manifestar-se várias perturbações neurocomportamentais. Evidentemente que a avaliação de consequências, a longo prazo, da “*alcoholização embriofetal*”, é sempre difícil.

Diagnóstico e Tratamento

1. Diagnóstico

Existem vários métodos que podem ser usados nos cuidados de saúde primária para ajudar na deteção precoce do consumo de álcool. Os métodos que demonstraram maior evidência científica ao longo destes últimos anos foram a entrevista clínica, através de intervenções breves e muito breves, a entrevista motivacional, os questionários de deteção e grau do consumo, a psicoterapia e grupos de autoajuda estruturados. Já tendo sido referido alguns desses métodos na abordagem a cessação tabágica na mulher grávida, apenas iremos falar dos métodos específicos ao consumo de álcool na mulher grávida.

Para podermos orientar da melhor forma os utentes com consumo de álcool temos de classificar esse consumo em “consumo de baixo risco”, “consumo de risco”, “consumo nocivo” e “dependência” (ver Tabela 2) e, conforme a apresentação dos problemas associados ao consumo e orientação através da classificação acima referida, podemos direcionar as abordagens e cuidados de saúde por níveis de intervenções (nível I, II e III).

Tabela 3: Níveis de intervenção (SICAD,2013)

	Problemas	Intervenção	Cuidados de Saúde
Nível I	Sinais de alarme Perturbações do comportamento Consumo de baixo risco Consumo de risco Doenças crónicas diversas Consumo nocivo Dependência ligeira	Prevenção seletiva e indicada Deteção precoce Intervenção precoce Intervenção breve Programas de intervenção comunitária	Cuidados de saúde primária: • Unidades funcionais Cuidados de saúde especializados: • Centros de resposta integradas – Equipa técnica especializada nos CAD (prevenção)
Nível II	Consumo nocivo Dependência Policonsumo Comportamentos de risco Comorbilidade	Prevenção indicada Intervenção breve Programas de intervenção comunitária Redução dos Riscos e Minimização de Danos Reinserção	Cuidados de saúde especializados: • Centros de resposta integradas – Equipa técnica especializada nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades terapêuticas • Áreas de Dia / Centros de Dia • Equipas / Unidade de Saúde Mental Comunitária • Equipas de Apoio Intensivo à Cessação Tabágica
Nível III	Dependência grave Policonsumo Comorbilidade física Psicopatologia grave	Tratamento integrado Programa STOP Desintoxicação / Desabitação Internamento por patologia psiquiátrica Programas de tratamento com opióides Redução dos Riscos e Minimização de Danos Reinserção	Cuidados de saúde especializados: • Centros de resposta integradas – Equipa técnica especializada nos CAD • Unidades de Alcoologia • Comunidades terapêuticas • Unidades de Desabitação Cuidados de Saúde Hospitalar: • Serviços Locais de Saúde Mental • Serviços de Especialidade Médico-cirúrgicas

Outros métodos de diagnóstico, como os marcadores bioquímicos (as transaminases, gama-glutamil-transferase e volume globular médio), não demonstraram eficácia para o rastreio do consumo por terem fraca sensibilidade quando apresentam valores elevados, e porque identificam apenas uma pequena parte dos pacientes com consumo de álcool de risco⁵.

Intervenções de apoio ao consumo de álcool (Intervenção breve e rede de referência).

A eficácia da deteção e da intervenção breve está bem demonstrada e fundamentada na evidência científica, sendo que a sua maior arma consiste em tentar superar lacunas ao nível dos relatos de consumo (deteção de possíveis deficiências de identificação destes problemas), principalmente a nível dos cuidados de saúde primários.

Escalas e questionários de diagnóstico nos cuidados de saúde primária^{3, 4, 5}

Dentro dos diversos questionários existentes para deteção e grau de dependência, os que apresentaram maior evidência científica foram os MAST, AUDIT-C, AUDIT e ASSIST.

O teste AUDIT-C, consiste numa versão mais curta do questionário AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) e é usado na avaliação inicial do consumo de álcool, caracterizando-o. É constituído por 3 perguntas, indicando, através da pontuação final, o tipo de consumo e o seguimento adequado à pontuação obtida (Anexo 5).

O questionário AUDIT foi desenvolvido pela OMS e é composto por 10 questões com pontuação em cada uma delas. Determina o nível de risco relacionado com o consumo e intervenções preconizadas para cada nível. É usado geralmente quando o profissional tem mais tempo de consulta ou quando a pontuação no AUDIT-C se revelou inconclusiva (Anexo 6).

Tabela 4: Níveis de risco e respetivas intervenções no consumo de álcool.

Níveis de risco e respetivas intervenções		
Resultado AUDIT	Tipo de consumo	Intervenção preconizada
0-7	Baixo risco	Educação
8-15	Risco	Aconselhamento simples
16-19	Nocivo	Orientação + Intervenção breve e Monitorização
20-40	Dependência	Referenciação para especialista/serviços especializados em dependência

O teste MAST (Michigan Alcoholism Screening Test) consiste num questionário de autoavaliação formado por 25 perguntas. Avalia diversos aspetos associados ao consumo nocivo de álcool, como a opinião do próprio sobre o álcool, a ocorrência de problemas devido ao álcool, sintomas de dependência alcoólica, etc.

O teste ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) é constituído por 8 perguntas pontuadas, em que identifica os vários níveis de risco associados ao padrão de uso de álcool e outras substâncias (Anexo 4).

Destes testes, o AUDIT foi o que mais sensibilidade revelou em relação aos outros, tendo sido mais comumente utilizado. É mais reduzido e mais fácil de aplicar e de avaliar que os restantes, e permite ainda uma melhor classificação dos utentes analisados, principalmente nos cuidados de saúde primários.

2. Tratamento

O quadro clínico do Alcoolismo Crónico e suas consequências exige uma intervenção terapêutica multidisciplinar e o resultado de sucesso ou insucesso da cessação do consumo vai depender de diversos fatores que estão interrelacionados, sendo os fatores principais a “motivação” e o envolvimento ambiental do doente ao longo do tratamento, especialmente o cônjuge e família mais próxima.

Relativamente à intervenção psicoterapêutica, a terapia Cognitiva Comportamental parece ser a mais eficaz e caso seja necessário, podemos adotar a psicoterapia de grupo.

Quanto ao tratamento farmacológico da dependência alcoólica (acamprosato, naltrexona e disulfiram.), não deve ser utilizado durante a gravidez, uma vez que não foi estabelecido segurança durante esse período e terá de se realizar uma avaliação individual sobre o risco/benefício para cada mulher⁴⁰.

Durante o período de amamentação, a mãe deve ser aconselhada e apoiada para cessar o uso de álcool. Caso não seja possível, podemos reduzir o risco de exposição ao álcool do RN, alterando o momento da amamentação, ou através da utilização de alternativas temporárias, tais como o leite materno armazenado ou substitutos do leite materno. As mães que bebem álcool intervalado devem ser desencorajadas em amamentar durante 2 horas após ter consumido o equivalente de uma bebida padrão, e 4 a 8 horas depois de consumir mais de uma bebida numa única ocasião⁴⁰.

Consumo de substâncias psicoativas e gravidez

As substâncias psicoativas incluem opióides e seus derivados (ópio, heroína, morfina, codeína, metadona), cannabis, cocaína e medicamentos psicoativos (sedativos, tranquilizantes, hipnóticos).

Mais uma vez, existe falta de dados epidemiológicos em Portugal e noutros países sobre a prevalência do consumo de substâncias psicoativas, mas podemos correlacionar os dados obtido na faixa etária onde ocorreu um maior número de nascidos vivos, isto é, entre os 25 e 34 anos e o consumo de substâncias ilícitas. Ou seja, os dados reportados em 2012 indica-nos que na faixa etária entre os 25 e 34 anos, a prevalência do consumo dessas substâncias foi de 1,6% ¹².

Neste trabalho iremos abordar os consumos mais prevalentes, a saber, o consumo de cannabis, cocaína e heroína.

Diagnóstico da situação

O consumo de cannabis, seguido da cocaína e ecstasy são os mais prevalentes no nosso país, na população geral, e têm vindo a diminuir ou estabilizar desde 2007. No entanto, a prevalência nas grávidas é desconhecida.

Relativamente à idade média de início do consumo, situa-se entre os 16 e 23 anos¹².

Em Portugal foi criado um projeto designado “Projeto Integrado de Atendimento Materno” (PIAM), sendo responsável por prestar cuidados integrados e globais a mulheres grávidas e puérperas toxicodependentes e seus filhos, respeitando as modalidades terapêuticas mais adequadas a cada situação, em regime ambulatorio. Tem por objetivo tratar, reduzir os danos para a grávida, o feto e RN, e ajudar na reinserção dessas doentes ¹³.

Realidade fora de Portugal

A dependência de opiáceos e de outros tipos de substâncias ilícitas durante a gravidez continua a ser um problema de saúde pública significativo, e da mesma forma

que nos outros capítulos, deparamo-nos com uma escassez de dados epidemiológicos nos restantes países.

De acordo com os serviços de Administração de Saúde mental e abuso de substâncias, nos EUA, o consumo de opiáceos ilícitos durante a gravidez quadruplicaram desde 2000.

De acordo com a Pesquisa Nacional de 2010 sobre Uso de Drogas e Saúde realizada igualmente nos EUA, estimou-se que 4,4% das mulheres grávidas relataram uso de drogas ilícitas nos últimos 30 dias. Após a triagem urinária efetuada nas mulheres grávidas num hospital universitário, revelou uma taxa de deteção de opioides de 2,6% ⁴⁶.

Foi desenvolvido pelo *Institute of Obstetricians and Gynaecologists*, em 2015, uma diretriz sobre administração e prescrição de opioides na gravidez que será abordada no subcapítulo dos tratamentos.

Através da taxa de incidência dos RN que nascem com o Síndrome de Abstinência neonatal (NAS) ou outras patologias cujo a ligação com o consumo de substâncias ilícitas está bem estabelecida, conseguimos ter um panorama da prevalência de grávidas com esse tipo de consumos. Nos EUA, entre 2000 e 2012, houve um aumento de cinco vezes de RN nascidos com NAS, havendo uma prevalência estimada a 21.732 crianças e o número de mães que dependem de opiáceos aumentou quase cinco vezes entre 2000 e 2009, havendo um número estimado de 23.009 ⁴⁸.

Segundo a revisão bibliográfica sobre gravidez e farmacoterapia da dependência de opiáceos pela Universidade Psiquiátrica de Viena em 2007, o abuso de cannabis é muito comum nas mulheres grávidas como também o uso concomitante com opioides. No entanto não conseguiram obter valores concretos ⁴⁹.

Relação socioeconómica com o consumo

Relativamente aos consumidores de cannabis, segundo a “Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis Portugal” realizada em 2012, praticamente todos têm pelo menos o 3º ciclo do ensino básico completo, sendo que 33% concluiu o 3º ciclo. Nenhum indivíduo apresenta um nível de escolaridade superior a licenciatura. A grande maioria é solteira e apenas um pequeno grupo já constitui família. 53% vive em casa própria, 47% vive em casa arrendada e nenhum vive em habitação municipal ou do Estado. Um dado importante é que todos os consumidores de alto risco de cannabis (com consumo de

cannabis igual ou superior a 4 vezes por semana nos últimos 12 meses) são também consumidores de tabaco e bebidas alcoólicas ⁴⁴.

Quanto às consumidoras de heroína e cocaína, geralmente têm uma vida e ambiente biopsicossocial e económico caótico, com história familiar de consumos, maus tratos, absentismo escolar, desemprego, instabilidade psicológica e sem cuidados de saúde para a própria (desnutrição, deficiência nos cuidados médico e sociais, sem planeamento familiar estruturado). De salientar que mais de 50% destas mulheres têm um parceiro” co-dependente”, e o tratamento bem-sucedido apenas é possível se ambos estiverem envolvidos em cuidados psicossociais e médicos adequados ⁴⁹.

Fisiopatologia do consumo e suas consequências para grávida, embrião/feto e recém-nascido

Relativamente ao consumo de cannabis, foi documentado que os efeitos diretos da exposição ao consumo pré-natal e desenvolvimento fetal são muito limitados. No entanto, foi relatado uma diminuição do crescimento fetal durante a gestação. Neste momento, não existe evidências científicas suficientes para concluirmos se existe danos ligeiros ou graves tanto na grávida como no feto e RN e os poucos estudos realizados foram inconclusivos. Portanto, continuamos a não recomendar o consumo de cannabinoídes durante a gestação e período pós-parto.

Foi estabelecida uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e a comorbidade psiquiátrica. Efetivamente, pode existir um transtorno mental que predispõe a procura de consumo destas substâncias, ou pode verificar-se que o consumo de determinadas substâncias pode levar ao desenvolvimento de um transtorno mental. Foram diagnosticadas algumas psicopatologias, sendo as mais frequentes: Transtornos da Personalidade e do Comportamento, Transtorno do Humor, Esquizofrenia e Transtornos Esquizotípicos e Delirante.

Efeitos na grávida

O abuso de cocaína nas mulheres grávidas pode levar complicações com risco de vida, como a isquemia cardíaca e cerebral, hipertensão maligna, acidente vascular cerebral e morte súbita.

As mulheres que abusam de opioides podem frequentemente sofrer de amenorreia secundária, com um risco aumentado de gravidez não planejada (muitas vezes ocorrendo após o início do tratamento com agonistas opióides). Também está frequentemente associado à desnutrição, levando ao atraso do crescimento uterino, pré-eclâmpsia e infecções. Do mesmo modo, foram associados a esse tipo de consumo um aumento acrescido de endocardite, abscessos e doenças sexualmente transmissíveis, abortos espontâneos, ruptura prematura das membranas e trabalho de parto prematuro.

De salientar ainda que durante a gravidez, a metadona é metabolizada de forma muito mais rápida, podendo levar aos sintomas de abstinência em menos de 24h caso a dose terapêutica não esteja correta. Esses sintomas podem provocar hiperatividade fetal, trabalho de parto prematuro e morte fetal.

A dosagem adequada de metadona e sua monitorização durante a gravidez não é fácil e tem de ser feita ao longo de toda a gravidez e período pós-parto devido às alterações farmacocinéticas associadas a gravidez e alterações fisiológicas próprias desse período (as concentrações plasmáticas de metadona encontram-se mais baixas do que no período pós-parto), podendo colocar estas grávidas em risco de recaída do consumo e provocar sofrimento fetal.

Efeitos no embrião/feto

Foi examinada nos EUA e Nova Zelândia a incidência do Síndrome de Morte Súbita Infantil associada ao abuso de cannabis durante a gravidez e não foram encontrados riscos aumentados. Contudo, a validade desses resultados é limitada pelo fato de poucos casos terem sido investigados.

Quanto aos efeitos da cocaína no feto, embora os estudos indicaram um aumento de incidência de microcefalia, baixo peso ao nascer, atraso mental, malformações (intestino, coração, face, olhos, membros, aparelho genital, etc.) devido a vasoconstrição provocada pela cocaína, estes não se mostraram conclusivos e, da mesma maneira que nos outros consumos, é necessária mais investigação.

O abuso contínuo de opiáceos durante a gravidez leva a consequências adversas na futura mãe, feto e RN. Contudo, em comparação com o abuso de tabaco, álcool, cocaína ou benzodiazepina durante a gravidez, os opióides não têm efeitos teratogênicos ou citotóxicos. O principal fator de risco é causado pela flutuação da concentração de opióides no sangue materno, podendo levar ao Síndrome de Abstinência no RN, bem como sintomas de sobredosagem, além das situações ambientais psicossociais difíceis.

Também foi detetado nas grávidas com este tipo de consumo um risco de ocorrência de atraso do crescimento no feto e RN.

Efeitos no RN

As alterações fisiológicas na gravidez têm um efeito direto sobre o metabolismo da cocaína, ou seja, a colinesterase retarda o metabolismo da cocaína tanto na mulher grávida como no feto, e a cocaína atravessa rapidamente a placenta por difusão devido às suas propriedades lipofílicas, dando origem a concentrações plasmáticas aumentadas no feto, podendo mais tarde levar ao NAS.

Uma das consequências que está bem identificada com o uso de substâncias ilícitas durante a gravidez é o NAS. Segundo o IDT, em Portugal, perto de 60% dos RN de mães com consumo de heroína e metadona, nasceram com NAS. Outros efeitos resultantes destes consumos são o atraso do crescimento pós-natal, microcefalia, baixo peso ao nascer, problemas neurocomportamentais, aumento da mortalidade neonatal e do Síndrome da Morte Súbita Infantil.

Diagnóstico e Tratamento

1. Diagnóstico

Para podermos orientar da melhor forma os utentes com consumo de substâncias psicoativas ilícitas temos de classificar esse consumo em consumo de baixo risco, consumo de risco, consumo nocivo, dependência e dependência grave (ver tabela 2 e 3).

Foram desenvolvidos vários questionários de deteção precoce do consumo e diagnóstico do grau de gravidade e iremos abordar os que melhor resultados tiveram na deteção e grau de dependência do consumo: CAST (Cannabis Abuse Screening Teste), SDS (Severity og Dependence Scales) e ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test). Estes testes devem ser usados durante as consultas pré-concepcionais, gravidez e período pós-parto.

O questionário SDS, desenvolvida pelo National Cannabis Prevention and Information Centre (NCPIC), constituído por 5 itens, é utilizado para avaliação

do grau de dependência, sendo que a formulação dos itens pode ser adaptada a diferentes tipos de droga (geralmente usado para o cannabis e cocaína) (Anexo 7).

O teste CAST contém 6 questões, foi concebido principalmente para adolescentes e jovens adultos e identifica padrões e comportamentos de risco associados ao uso de cannabis no último ano.

2. Tratamento

Atualmente, o apoio às mulheres dependentes de cannabis e cocaína inclui educação sobre os riscos e as consequências do abuso contínuo de substâncias para a mãe e o feto. A terapia cognitiva comportamental é o tratamento de eleição, com o objetivo de abstinência do consumo. A farmacoterapia não é recomendada para ambas as substâncias ⁴⁹.

A terapia de eleição usada no tratamento de dependência no contexto de consumo de opióides é a metadona, juntamente com terapia cognitiva comportamental e intervenções psicossociais. A metadona consiste num agonista opióides que suprime o desejo de opiáceos quando administrado em doses eficazes. Não deve ser administrada a mulheres que apresentam sinais de intoxicação, especialmente em casos de Policonsumo. O tratamento de manutenção com metadona tem sido associado a melhores resultados perinatais, incluído maior peso ao nascer, menos complicações obstétricas, menor nascimento prematuro e morbidade neonatal. Evita também repetição de ciclos de intoxicação e de abstinência que podem afetar adversamente o feto.

Evidências emergentes sugerem que a buprenorfina também deve ser considerada. Efetivamente, uma meta-análise recente publicada na revista *Addiction* sugere que tomar buprenorfina durante a gravidez não traz risco maior para o feto que a metadona e pode até mesmo proteger contra o parto prematuro e o baixo peso ao nascer. No entanto, as grávidas não devem ser aconselhadas a mudar para buprenorfina a menos que não estejam a responder bem ao seu tratamento actual ^{23, 40, 45}.

De salientar que a descontinuação abrupta de opióides (retirada da substância ilícita ou paragem da terapia assistida) numa mulher grávida, pode

resultar em parto prematuro, sofrimento fetal, morte fetal ou intoxicação/overdose.

As mães devem ser encorajadas a amamentar, a menos que os riscos ultrapassem claramente os benefícios, não sendo o consumo uma contraindicação. Ainda, a amamentação pode atenuar a gravidade do NAS e levar a uma alta hospitalar mais precoce. No entanto, se desejarem parar de amamentar podem fazer o desmame dos seus filhos gradualmente para reduzir o risco de desenvolverem sintomas de abstinência.

As mulheres grávidas dependentes de opióides correm o risco de sofrer um tratamento ineficaz da dor peri parto, provavelmente devido à tolerância aos opioides ou percepções errôneas sobre o comportamento de busca de droga. Em regra geral, estas mulheres necessitam de doses mais elevadas para obter um efeito analgésico equivalente ao das outras mulheres, correndo o risco de intoxicação. Assim, durante o período peri e pós-parto, são necessárias considerações especiais para estas mulheres, como assegurar uma gestão adequada da dor, prevenir a recaída pós-parto e o risco de sobredosagem e assegurar uma contraceção adequada para prevenir gestações não desejadas.

Quanto à dose materna de metadona durante a gestação e período pós-parto, esta deve ser ajustada individualmente para melhor controlo do desejo materno (evitando as recaídas que costumam ser frequentes no período pós-parto) ou dos sintomas de abstinência.

Policonsumo

Em regra geral, a mulher grávida com história de consumo de álcool tem associado o consumo de tabaco e por vezes até de substâncias ilícitas. Como tal é ainda muito difícil estabelecer uma relação entre determinada embriopatia/fetopatia ou patologia do RN a determinado agente patogénico. São necessários mais estudo e investigações para se conseguir isolar os diferentes agentes teratogénicos.

Na maioria dos casos, as mulheres grávidas não apresentam apenas dependência de heroína na unidade de tratamento e frequentemente, somos confrontados com pacientes com doença psiquiátrica grave e somática e dependência de substâncias múltiplas⁴⁹.

Medidas e estratégias a promover

As principais estratégias devem passar por intervenções nas diversas áreas de prevenção (universal, seletiva e indicada), como também na prevenção ambiental, recentemente desenvolvida, em que atuação será dirigida a nível das normas sociais com a finalidade de alterar os ambientes culturais, sociais, físicos e económicos que interferem com as escolhas individuais e consumo de substâncias psicoativas.

Outros tipos de intervenção foram elaborados pelo Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências, e passam pela Dissuasão, redução de riscos e minimização dos danos, tratamento e Reinserção. Também é relevante garantir a igualdade de acesso de indivíduos com CAD aos sistemas de saúde, sociais e de solidariedade, e dar prioridade a determinados subgrupos mais vulneráveis (como é o caso das mulheres grávidas), tendo em conta os riscos inerentes tanto ao tipo de consumo como ao estado do utente.

É importante realizar uma correta avaliação e monitorização dos dados nacionais e internacionais. Para tal, é necessário elaborar indicadores que possam permitir essa monitorização e conhecer as reais necessidades da população e evolução dos cuidados prestados, incrementar um hábito de registo, promover a investigação (principalmente nas áreas carentes que foram citadas ao longo deste documento) e potenciar o intercâmbio e transferência de conhecimento. No Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco, alguns dos indicadores foram elaborados, como por exemplo, a percentagem de mulheres em idade fértil na consulta pré-concepcional, a percentagem de grávidas fumadoras e a percentagem de grávidas com consumo de álcool ^{11, 12}.

Ao longos destes últimos anos, concluiu-se que ainda persiste para muitos profissionais de cuidados de saúde primários, grandes dificuldades na identificação e no aconselhamento sobre o uso do álcool, sendo que as principais razões referidas são a falta de tempo, treino inadequado, receio de criar hostilidade por parte dos pacientes e convicção de que as pessoas com essa dependência são incapazes de responder às intervenções ⁵. Mesmo com a melhoria da formação e preparação estabelecida nestes anos, é necessário continuar a apostar na aquisição, preparação, aprendizagem e formação contínua dos profissionais de saúde nestas áreas, através do desenvolvimento de estudos e investigações especialmente direcionados para cada tipo de consumo e suas consequências quer para a grávida quer para o futuro RN, e implementação de modelos de intervenção eficazes e alargados a outros CAD. É também determinante a criação de

diretrizes para a mulher grávida e para cada tipo de consumo e a inclusão de informações acerca dos tratamentos possíveis.

A gravidez constitui um dos períodos chave mais adequado para iniciar um processo de modificação de hábitos de vida nocivos, mas se atuarmos numa faixa etária que anteceda à vida adulta, especialmente entre os 15 e 19 anos, podemos reduzir comportamentos de riscos associados aos CAD, e, especialmente, fornecer aos jovens as competências e informações necessárias para evitar ou retardar a iniciação ao consumo de tabaco e substâncias psicoativas. Também é importante divulgar a informação harmonizada e coerente, orientada para o cidadão, não esquecendo das necessidades de cada faixa etária e grupos alvo.

Conclusões e Sugestões

As medidas mencionadas anteriormente podem ser alcançadas através de uma intervenção integrada, baseada em mecanismos de prevenção, dissuasão, diminuição de danos e riscos, tratamento e reinserção, e estruturados numa rede de referenciação e articulação de cuidados. Tudo isto tem de ser utilizado conforme a etapa do ciclo de vida do utente e o contexto em que ele se encontra.

Não nos podemos esquecer da importância na criação de conhecimento, da capacitação dos profissionais, da comunicação e da cooperação internacional.

As mulheres grávidas são sistematicamente excluídas de quase todos os ensaios clínicos farmacológicos. Ou seja, a maioria dos conhecimentos sobre os efeitos na grávida no feto e no recém-nascido, tanto da substância consumida pela grávida como do tratamento farmacológico vem de dados de animais e de relatos de casos de pequenos ensaios clínicos. Com exceção do tratamento de substituição de metadona e da nicotina, a experiência clínica com medicamentos antiaditivos em mulheres grávidas é muito limitada (como no caso do álcool e cocaína) ou inexistente (cannabis)³⁷.

É igualmente necessário melhorar as técnicas de investigação nesta área pois uma das grandes lacunas dos estudos realizados até agora é não conseguirem isolar os efeitos nocivos para cada tipo de consumo devido a associação confirmada de policonsumo na maioria dos casos.

Portugal apresenta uma rede de referenciação bastante organizada e com resultados positivos. No entanto, é necessário melhorar alguns pontos (referidos no capítulo anterior), que são semelhantes às lacunas encontradas nos restantes países. Essas melhorias passam por prevenir, demover e reduzir os problemas relacionados com o consumo de tabaco e de substâncias psicoativas; implementar metodologias de deteção precoce pelos médicos que acompanham a gravidez; melhorar a qualidade dos serviços existentes para os cidadãos com CAD, aperfeiçoando a formação e conhecimento dos profissionais de saúde nestas áreas específicas; utilizar os novos meios de suporte e comunicação para transmitir e divulgar a informação para o cidadão de forma mais acessível e visível; preparar programas específicos para grupos com necessidades específicas (como é o caso das grávidas e adolescentes).

Anexos

Anexo 1: Folheto da DGS – Mais Vida Sem Tabaco (Plano de Saúde 2004-2010).
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de...1/tabaco-folheto-10-passos-deixar-fumar-pdf.aspx>

Anexo 2: Teste de Richmond (<http://www.mgfamiliar.net/>)

Teste de Richmond (avaliação da motivação)

Questões a colocar	Pontos
Gostaria de deixar de fumar se o pudesse fazer facilmente?	0
<input type="checkbox"/> Não	1
<input type="checkbox"/> Sim	
<hr/>	
Tem realmente vontade de deixar de fumar?	0
<input type="checkbox"/> Nenhuma	1
<input type="checkbox"/> Pouca	2
<input type="checkbox"/> Alguma	3
<input type="checkbox"/> Muita	
<hr/>	
Acredita que conseguirá deixar de fumar nas próximas 2 semanas?	0
<input type="checkbox"/> Não	1
<input type="checkbox"/> Talvez	2
<input type="checkbox"/> Provavelmente	3
<input type="checkbox"/> De certeza	
<hr/>	
Pensa que será ex-fumador(a) dentro de 6 meses?	0
<input type="checkbox"/> Dificilmente	1
<input type="checkbox"/> Pode ser	2
<input type="checkbox"/> Provavelmente	3
<input type="checkbox"/> De certeza	
<hr/>	
Pontuação total:	
<hr/>	

Pontuação máxima de 10. Motivação baixa se pontuação total de 0-6 pontos; Motivação moderada se 7-9 pontos; Motivação elevada se 10 pontos.

Teste de Fagerström adaptado (dependência física)

- 1) Quanto tempo depois de acordar fuma o 1º cigarro?
Primeiros 5 min - 3
6-30 min - 2
31-60 min - 1
+ de 60 min - 0

- 2) É difícil para si não fumar em espaços onde é proibido fumar (cinemas, viagens de avião, etc.)?
Sim - 1
Não - 0

- 3) Qual é o cigarro que teria mais dificuldade em abandonar?
O 1º da manhã - 1
Qualquer outro - 0

- 4) Quantos cigarros fuma por dia?
10 ou menos - 0
11 a 20 - 1
21 a 30 - 2
31 u mais - 3

- 5) Fuma mais frequentemente nas primeiras horas após acordar do que no resto do dia?
Sim - 1
Não - 0

- 6) Fuma mesmo quando está doente?
Sim - 1
Não - 0

Total: _____

A pontuação máxima é de 10. Os fumadores que obtenham uma pontuação de 6, ou mais, podem considerar-se muito dependentes. Os que obtenham uma pontuação inferior a 6, pouco dependentes. Outra classificação possível é ≤ 4 : dependência baixa; 4-6: dependência média; >6 : dependência elevada.

Nome: _____ Registro _____
Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? <i>(somente uso não prescrito pelo médico)</i>	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- SE "**NÃO**" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "**NÃO**" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "**SIM**" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? <i>(primeira droga, segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouths, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mescalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i>	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "**NUNCA**" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMNALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc)</i> , você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou êxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de <i>((primeira droga, depois a segunda droga, etc...))</i> e não conseguiu?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

• **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de <i>(primeira droga, depois a segunda droga, etc...)</i> ?	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção? (Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
------------	--------------------------	----------------------------------

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos
Ou menos de três dias seguidos → Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"

Mais do que uma vez por semana
Ou mais do que três dias seguidos → Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Álcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive). Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui. Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c. Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

Anexo 5: Questionário AUDIT-C
(www.mgfamiliar.net/LiteratureRetrieve.aspx?ID=115394)

AUDIT-C (Alcohol Use Disorders Identification Test)

AUDIT-C					
	0	1	2	3	4
1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 9	10 ou mais
3. Com que frequência consome 6 bebidas ou mais numa única ocasião?	Nunca	1 vez por mês ou menos	2 a 4 vezes por mês	2 a 3 vezes por semana	4 ou mais por semana
Total					

Anexo 6: Questionário AUDIT – Avalie o seu consumo de álcool
(www.mgfamiliar.net/LiteratureRetrieve.aspx?ID=115394)

1. Com que frequência consome bebidas que contêm álcool?

0 = nunca (passe para as perguntas 9 e 10)

1 = uma vez por mês ou menos

2 = duas a quatro vezes por mês

3 = duas a três vezes por semana

4 = quatro ou mais vezes por semana

2. Quando bebe, quantas bebidas contendo álcool consome num dia normal?

0 = uma ou duas

1 = três ou quatro

2 = cinco ou seis

3 = sete a nove

4 = dez ou mais

3. Com que frequência consome seis bebidas ou mais numa única ocasião?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

4. Nos últimos 12 meses, com que frequência se apercebeu de que não conseguia parar de beber depois de começar?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

5. Nos últimos 12 meses, com que frequência não conseguiu cumprir as tarefas que habitualmente lhe exigem, por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

6. Nos últimos 12 meses, com que frequência precisou de beber logo de manhã para "curar" uma ressaca?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

7. Nos últimos 12 meses, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

8. Nos últimos 12 meses, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido?

0 = nunca

1 = menos de uma vez por mês

2 = pelo menos uma vez por mês

3 = pelo menos uma vez por semana

4 = diariamente ou quase diariamente

9. Já alguma vez ficou ferido ou ficou alguém ferido por você ter bebido?

0 = não

2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses

10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?

0 = não

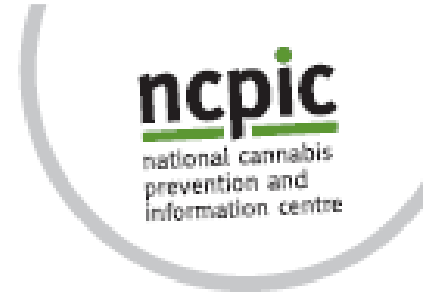
2 = sim, mas não nos últimos 12 meses

4 = sim, aconteceu nos últimos 12 meses



sds

severity of dependence scale (sds)



Over the last 3 months:

1. Did you ever think your use of cannabis was out of control?
Never or almost never 0
Sometimes 1
Often 2
Always or nearly always 3

2. Did the prospect of missing a smoke make you very anxious or worried?
Never or almost never 0
Sometimes 1
Often 2
Always or nearly always 3

3. Did you worry about your use of cannabis?
Not at all 0
A little 1
Quite a lot 2
A great deal 3

4. Did you wish you could stop?
Never or almost never 0
Sometimes 1
Often 2
Always or nearly always 3

5. How difficult would you find it to stop or go without?
Not difficult 0
Quite difficult 1
Very difficult 2
Impossible 3

sds score _____ / 15

(NB) Please note there are two cut-off scores: one for adults; SDS score of 3 and the other for adolescents; SDS score of 4.

Switt, W., Copeland, J. & Hall, W. (1998). Choosing a diagnostic cut-off for cannabis dependence. *Addiction* 93, 1681-1692.

Martin, G., Copeland, J., Gates, P., & Gilmore, S. (2006). The Severity of Dependence Scale (SDS) in an adolescent population of cannabis users: Reliability, validity and diagnostic cut-off. *Drug and Alcohol Dependence* 83, 90-93.

Referências bibliográficas

1. Emília Nunes, Miguel Narigão. Cessação tabágica na gravidez– Guia para profissionais de saúde. 2015. Disponível em: <https://www.dgs.pt/respire-bem1/ficheiros-externos/manual-gravidez-pdf.aspx>.
2. Paulo Duarte Vitória, Carlota Simões Raposo, Filipa Peixoto, Emília Nunes e M. Pis Clemente, Luís Rebelo, Cristina Ribeiro. Abordar o tabagismo na gravidez. Disponível em: <http://www.mgfamiliar.net/LiteratureRetrieve.aspx?ID=120507>
3. Direção Geral da Saúde. Detecção precoces e Intervenção Breve no consumo excessivo do álcool no adulto – norma 030/2012. 2014. Disponível em: <https://www.dgs.pt/.../normas-e...normativas/norma-n-0302012-de-28122012-png.as>.
4. Aníbal Fonte, Rui Mota-Cardoso. MAST e AUDIT. Avaliação de Características Psicométricas em Doentes com Dependência de álcool. Revista Científica da Ordem dos Médicos. 2013. Disponível em: www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/4801/3694.
5. Peter Anderson, Antoni Gual e Joan Colom. Álcool e Cuidados de Saúde Primários - Recomendações Clínicas para a Detecção e Intervenções Breves. 2005 (p.7-11; 14-51; 86). Disponível em: www.apmgf.pt/ficheiros/Álcool%20e%20Cuidados%20de%20Saúde%20Primários.pdf.
6. Patrício Ferreira, Natália Fernandes. Síndrome de Privação neonatal. 2008. Disponível em: www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD.../art04_vol14_N1.pdf.
7. Luís Mendes Da Graça. Medicina materno-fetal. 2010. (p.114-115; 149;152-153; 155; 156;637).
8. Jornal Oficial da União Europeia. Recomendações - Estratégia da UE de Luta contra a Droga 2013-2020. (2012/C 402/02-402/4).

9. Irene Flores, Miguel Carvalho, Ana Magalhães, Glória Pimentel, José Manuel Calheiros. Grávidas toxicodependentes: análise de alguns factores de influência nas atitudes face à gravidez. Revista Toxicodependências. 2005. Edição IDT. (p.3-12). Disponível em:

www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD.../2005_03_TXT1.pdf.

10. Relatório do Grupo de Trabalho de elaboração do Programa de deteção precoce e intervenções breves dirigido ao consumo excessivo de álcool e tabaco nos Cuidados de Saúde Primários, a nível nacional, 2015, (p. 18; 19; 22). Disponível em:

http://www2.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/C17E8534-6D1A-4FE9-9371-43782CF2C590/0/Relat%C3%B3rioGT_Dete%C3%A7%C3%A3oeinterven%C3%A7%C3%B5esbreves_CSP_alcool_final3.pdf.

11. Direção-Geral de Saúde. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. 2015. (p. 17-91). Disponível em:

www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-diversos/pnvgrbr-pdf.aspx.

12. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências 2013-2020. 2013. (p. 15-28; 31-46; 60; 74; 80-91; 121-129). Disponível em:

www.sicad.pt/BK/.../Planos/SICAD_Plano_Nacional_Reduc%C3%A7%C3%A3o_CAD_2013-2020.pdf

13. Grupo de Trabalho Serviço de Intervenção no Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Rede de Referenciação / Articulação dos Comportamentos Aditivos e das Dependências. 2013. (p. 13-20). Disponível em: http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/Rede_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf

14. Diogo Ayres de Campos, Carla Ramalho. Protocolo: Classificação da “Gravidez de risco”. 2005. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. João.

15. Ana Reynolds, Filomena Cardoso. Protocolo: Rastreio e diagnóstico de restrição de crescimentos fetal. 2004. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital de S. João.

16. Sarah Bjornholt, Mimmi Leite, Vanna Albieri, Susanne K. Kjaer & Allan Jensen. Maternal smoking during pregnancy and risk of stillbirth: results from a nationwide Danish register-based cohort study. 2016 Nov;95(11):1305-1312. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27580369>.
17. Hermann Grinfeld. Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual - Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. 2009 (p. 179-197).
18. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Alcohol and pregnancy. 2015.
18. Amy O'Donnell, Peter Anderson, Dorothy Newbury-Birch, Bernd Schulte, Christiane Schmidt, Jens Reimer, and Eileen Kaner. The Impact of brief Alcohol Interventions in Primary Healthcare: A systematic Review of Reviews. 2014 Jan-Feb;49(1):66-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24232177>
- 19., Grupo de trabalho sobre os efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. Efeitos do álcool na gestante, no feto e no recém-nascido. 2010. Sociedade de Pediatria de São Paulo Disponível em: www.spsp.org.br/downloads/alcool.pdf
20. Department of Health. Alcohol Guidelines Review – Report from the Guidelines development group to the UK Chief Medical Officers. 2016 Jan.
21. Fédération des médecins suisses. Alcool et grossesse. 2014. Focus/2014, Addiction/Suisse.
22. The Danish National Board of Health and The Danish Committee for Health Education. Healthy Habits before, During and After Pregnancy. 2010.
23. Institute of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Physicians of Ireland and Directorate of Strategy and Clinical Care Health Service Executive. Clinical Practice Guideline – Methadone prescribing and administration in pregnancy. Version 1.0. April 2013/ Revision date: April 2015.

24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA papers). Pregnancy and opioid use: Strategies for treatment. 2014 (p. 2-5;18).
25. National Institute for Health and Clinical Excellence. Pregnancy and complex social factors. NICE clinical guideline 110. 2010 Sept. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg110/chapter/1-guidance>.
26. American Psychiatric Association. Substance-Related and Addictive Disorders. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. 2013 (p. 481-484; 495; 564; 565). Disponível em: <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/dsm-v-manual-diagn3b3stico-y-estad3adstico-de-los-trastornos-mentales.pdf>
27. US Department of Health and Human Services. How tobacco smoke causes disease: A report of the surgeon general. 2010. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53017/pdf/Bookshelf_NBK53017.pdf.
28. National Institute for Health and Care Excellence. Quitting smoking in pregnancy and following childbirth. NICE public health guidance 26. 2010.
29. World Health Organization. Recommendations for the prevention and management of tobacco use and second-hand smoke exposure in pregnancy. World Health Organization. 2013. Disponível em: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/94555/1/9789241506076_eng.pdf?ua=1.
30. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP. Agenda de Investigação no âmbito do Plano Nacional de Saúde e Programas Nacionais de Saúde Prioritários, 2013-2016, 2013 (p. 7, 8).
31. Casimiro Balsa, Clara Vital, Cláudia Urbano. IIIº Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral Portugal 2012. Centro de Estudos de Sociologia da Universidade Nova de Lisboa, SICAD. 2014 (p. 161; 163-165;178-214; 270).

33. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Anual 2014 - A Situação do País em Matéria de Álcool. 2014 (p. 21;23-27; 49-57;75).
34. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório anual 2015 – A situação do País em Matéria de drogas e Toxicodependência. 2015.
36. Lowdermilk, Perry, Cashion, Alden. Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica. 10^a Edição. 2012. Capítulo 32: Transtornos Mentais e Abuso de Substâncias durante a gestação.
37. William F. Rayburn, MD, Michael P. Bogenschutz, MD. Pharmacotherapy for pregnant women with addictions. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2005 Jan. 191(6):1885-97. Disponível em:
https://www.researchgate.net/publication/8136338_Pharmacotherapy_for_pregnant_women_with_addictions.
38. Magdalena Chełchowska, Katarzyna Jabłonka-Salach, Jadwiga Ambroszkiewicz, Tomasz Maciejewski, Joanna Gajewska, Ewa Bulska, Teresa Laskowska-Klita, Jerzy Leibschang, Jan Barciszewski. Effect of Cigarette Smoking on Blood Lead Levels in Pregnant woman. Medicina para crianças e Adolescentes. Poland. XVI, 3, 196-204. 2012.
39. Francisco Henrique Moura George. Programa-tipo de atuação em cessação tabágica – Circular Normativa. Direção Geral de Saúde. 2007. (p. 12; 40; 51).
- 40.. WHO Department of Mental Health and Substance Abuse. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. World Health Organization. 2014 (p. 22-28; 100; 122-126). Disponível em:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf?ua=1.
41. Centers for Disease Control and Prevention. More than 3 million US women at risk for alcohol-exposed pregnancy. 2016 Feb. Disponível em:
<https://www.cdc.gov/media/releases/2016/p0202-alcohol-exposed-pregnancy.html>

42. Centers for Disease Control and Prevention. Tobacco Use and Pregnancy. 2011. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/tobaccousepregnancy/>.

43. Antoni Gual, Montserrat Contel, Lúdia Segura, Anna Ribas y Joan Colom. Interrogatorio Sistematizado de Consumos Alcohólicos: un nuevo instrumento para la identificación prematura de bebedores de riesgo. 2001 Dec 1;117(18):685-9. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11730629>

44. Ludmila Carapinha, Casimiro Balsa, Clara Vital, Cláudia Urbano. Estimativa do Consumo de Alto Risco de Cannabis Portugal 2012. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. 2014.

45. Vabren Watts. Buprenorphine Found to Be as Safe, Effective as Methadone During Pregnancy. Psychiatric News. Published online: September 16, 2016. Disponível em:

<http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2016.PP8b2>

46. Committee on Health Care for Underserved Women and the American Society of Addiction Medicine. Opioid Abuse, Dependence, and Addiciton in Pregnancy. The American College of Obstetricians and Gynaecologists. Number 524, 2012 May, (Reaffirmed 2016). Disponível em:

<http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Opioid-Abuse-Dependence-and-Addiction-in-Pregnancy>

47. Chaya G. Bhuvanewar, M.D.; Grace Chang, M.D., M.P.H.; Lucy A. Epstein, M.D.; and Theodore A., M.D. Cocaine and Opioid Use During Pregnancy: Prevalence and Management. Rounds in The General Hospital. 2008;10(1). Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2249829/pdf/i1523-5998-10-1-59.pdf>

48. Patrick et. Al., Patrick et. Al., Dramatic Increases in Maternal Opioid Use and Neonatal Abstinence Syndrome. Journal of Perinatology - NIH (National Institute on

Drug Abuse. National Institutes of Health; U.S. Department of Health and Human Services. 2015. Disponível em:

<https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/infographics/dramatic-increases-in-maternal-opioid-use-neonatal-abstinence-syndrome>.

49. Professor Gabriele Fischer, Nina Kopf. Review of the literature on pregnancy and psychosocially assisted pharmacotherapy of opioid dependence. Department of Psychiatry Medical University of Vienna. 2007 Sept. Disponível em:

http://www.who.int/substance_abuse/activities/pregnancy.pdf