

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR.
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSAN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISELENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

EFEITOS DO CONSUMO DE *CANNABIS* NA GRAVIDEZ E NO PERÍODO PÓS-PARTO

EFFECTS OF CANNABIS CONSUMPTION DURING PREGNANCY AND IN THE POSTPARTUM PERIOD

Resumo

A *cannabis* é a substância psicoativa ilícita mais consumida pelas gestantes no Brasil e no mundo. Muitos estudos foram publicados tendo em vista a saúde do feto e do bebê em aleitamento materno, porém poucos focaram na saúde da gestante e da puérpera usuária de *cannabis*. O novo papel e os desafios de ser mãe podem ser protetivos para a cessação do uso de drogas, porém para mulheres em situação de vulnerabilidade podem representar risco para a manutenção da dependência. O presente artigo de revisão de literatura apresenta uma visão global sobre o uso de *cannabis* pelo gênero feminino, destacando-se as particularidades dos impactos desse consumo na gravidez e no pós-parto e as intervenções necessárias para a atenção e cuidado à mãe.

Palavras-chave: *Cannabis*, gravidez, período pós-parto.

Abstract

Cannabis is the illicit psychoactive substance most commonly used by pregnant women in Brazil and worldwide. Many studies have been published focusing on the health of the fetus and breastfeeding baby, but few have investigated the health of pregnant women and recent mothers who use cannabis. The new role as a mother and the challenges therein can be a protective factor for the cessation of drug use. However, for vulnerable women, it may constitute a risk favor for the maintenance of addiction. This paper reviews the literature to provide an overview on the use of cannabis by females, with emphasis on the particularities of the impact of such consumption during pregnancy and in the postpartum period, as well as on the interventions recommended when assisting and caring for these mothers.

Keywords: Cannabis, pregnancy, postpartum period.

GÊNERO E USO DE *CANNABIS*

Diante do número alarmante de usuários de *cannabis* no Brasil e do impulso e crescimento dos movimentos pró-regulamentação e liberação da *cannabis* no país, faz-se necessária a discussão e produção científica sobre os impactos dessa substância na população¹, inclusive levando-se em consideração a questão de gênero.

As diferenças no consumo de substâncias psicoativas entre os gêneros estão menores a cada ano. Ainda que estudos epidemiológicos mostrem que mulheres usam menos substâncias psicoativas do que os homens, o número de mulheres que fazem uso e abuso dessas substâncias aumenta a cada ano². Isso se deve, principalmente, às mudanças do papel social da mulher no mundo. As usuárias de drogas, principalmente as gestantes, sofrem estigma social e preconceito, porém atualmente a aceitação social do consumo de drogas pelas mulheres é muito maior do que há algumas décadas³.

Existem importantes especificidades que devem ser consideradas para a prevenção e o tratamento da dependência entre as mulheres. As diferenças de uso entre os gêneros incluem os fatos de a mulher: começar a usar a substância como forma desadaptativa de aliviar sintomas de problemas mentais preexistentes, como estresse, sensação de alienação, depressão, ansiedade e estresse pós-traumático; progredir do uso para a dependência mais rápido que o homem; ser mais reativa aos gatilhos para uso; apresentar maiores taxas de recaída; sofrer consequências físicas e psicológicas mais severas^{2,3}.

Estudo representativo da população adulta dos Estados Unidos sobre diferenças de gênero entre dependentes de *cannabis* identificou que ambos os gêneros apresentavam transtornos mentais associados (94,16% das mulheres e 95,6% dos homens), baixas taxas



HEWDY LOBO RIBEIRO¹, JOEL RENNO JR.², RENATA DEMARQUE³, JULIANA PIRES CAVALSAN⁴, RENAN ROCHA⁵, AMAURY CANTILINO⁶, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁷, GISLENE VALADARES⁸, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁹

¹ Diretor clínico e técnico, Hospital Lacan, São Bernardo do Campo, SP. Psiquiatra forense. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

de busca por tratamento, mesmos motivos para busca por tratamento, e mesmos tipos de serviços utilizados. As mulheres, por sua vez, apresentavam principalmente transtornos de humor e ansiedade; possuíam maior risco para transtornos externalizantes; atendiam menos critérios para abuso; tinham episódios de uso de menor duração; fumavam menos baseados; e paravam de fumar mais cedo que os homens⁴.

O Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) realizou em 2013 o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (II LENAD). A partir de entrevista domiciliar com uma amostra de 4.607 indivíduos de 14 anos de idade ou mais, a pesquisa revelou que: 7% dos adultos brasileiros já experimentaram maconha na vida; 3% da população adulta fez uso frequente no último ano; a dependência está presente em 40% dos usuários; mais da metade dos usuários fazem consumo diário; e 60% experimentaram *cannabis* antes dos 18 anos. Entre os adultos, um a cada três usuários já tentaram parar e não conseguiram, e 27% já vivenciaram sintomas de síndrome de abstinência quando cessaram o consumo. Em relação ao gênero, o II LENAD demonstra que, entre os usuários de maconha, os homens usam três vezes mais a droga do que as mulheres no Brasil⁵.

Uma das principais particularidades que a mulher usuária de *cannabis* poderá enfrentar em sua vida é o manejo do consumo dessa substância na gestação e no puerpério, ao compreender que o uso pode gerar prejuízos não só para si mesma, mas também para o feto e bebê⁶. Sabe-se que a *cannabis* é a substância ilícita mais utilizada por gestantes e puérperas, porém dados sobre a epidemiologia do consumo nessa população específica são limitados, e é provável que os números divulgados estejam muito abaixo da realidade⁷.

OS DESAFIOS DA MATERNIDADE E O CONSUMO DE CANNABIS

A gestação, assim como a puberdade e a menopausa, é caracterizada como um dos períodos mais marcantes que compõem o ciclo vital da mulher⁸. A gravidez e a fase puerperal impactam de forma importante na vida da mulher, principalmente na das primíparas. As alterações são devidas a mudanças físicas (fatores hormonais), psicológicas (relacionadas aos cuidados do

recém-nascido) e sociais (questões contextuais). Todas essas transformações são um desafio à capacidade de adaptação da mulher e repercutem no seu humor, bem-estar, relacionamento com amigos, familiares, e companheiro(a)^{8,9}. Mitos, tabus, questões religiosas, aspectos socioculturais, a falta de conhecimento do próprio corpo e das modificações que ocorrem na gravidez e no puerpério também podem interferir em sua qualidade de vida^{8,10,11}.

Por modificar para sempre o curso da vida da mulher, o caráter “irreversível” da maternidade frequentemente coloca a gestante perante novas emoções, pensamentos, angústias, medos relacionados com a perda do bebê, perda da sua própria autonomia, perda da parceria – sentimentos que contrastam e se equilibram de algum modo com a felicidade, a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe⁸.

Esse momento especial pode representar um fator de proteção em relação ao consumo de *cannabis*, em que a gestante escolhe parar de usar a substância motivada pela saúde do bebê e pela nova fase de sua vida¹². Por outro lado, estudos como o de De Genna et al. demonstram que há urgência em se pensar alternativas de tratamento para mulheres que não interrompem o consumo. Os autores verificaram que, entre as 456 gestantes recrutadas (idades entre 13 e 42 anos) entre 1 ano antes da gestação até 16 anos após o parto, as mães mais jovens tinham maior probabilidade de seguir fazendo uso da substância, de parar de usar tardiamente e de fazer uso crescente e crônico durante os 17 anos de acompanhamento. Entre as usuárias mais frequentes, observaram também o consumo de outras substâncias e sintomas depressivos crônicos, que representam fatores agravantes¹³.

As possíveis dificuldades e estresse gerados pela gestação podem representar um fator de risco, sendo o consumo uma forma desadaptada de manejar as emoções negativas geradas nessa fase. Em estudo com 824 jovens mulheres australianas de 24 anos de idade, entre as 170 mulheres que tiveram uma ou mais gestações, as que tiveram um aborto espontâneo apresentaram um risco maior de ser dependentes de *cannabis* e nicotina, de fazer consumo excessivo de álcool e de apresentar sintomatologia depressiva¹⁴.

Recentemente, pesquisadores vêm estudando a síndrome de hiperêmese por canabinoide como fator de

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR.
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSAN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

risco para o consumo de *cannabis* durante a gestação, pois esse quadro pode causar sintomas de náusea e vômitos intensos nesse período. Estudo realizado no Havaí com 4.735 mulheres identificou o relato de consumo de *cannabis* em 6,0% da amostra no mês anterior à gravidez. Dessa porcentagem, aproximadamente 21,2% relatou náusea severa durante a gravidez, com maior probabilidade de fazer uso da substância na gestação (3,7 versus 2,3%)¹⁵.

PERFIL DA GESTANTE USUÁRIA DE CANNABIS

Apesar do consumo de *cannabis* ser uma preocupação para a saúde pública, o número de gestantes e puérperas usuárias ainda é subestimado. Isso se deve, principalmente, ao fato de os estudos de prevalência investigarem o consumo de *cannabis* a partir de entrevistas com as mães, que podem não revelar o uso ou a quantidade exata desse consumo por medo de serem julgadas, repreendidas ou mesmo punidas¹⁶. O mesmo vale para profissionais da saúde: essas mulheres podem não relatar o consumo, apesar de saberem do potencial de causar prejuízos para a sua saúde e a do feto¹⁷.

Uma das alternativas para se obter a confirmação do uso de substâncias é a análise do mecônio, sangue da mãe ou fio de cabelo da mãe¹⁸. Em uma pesquisa realizada em uma maternidade pública de São Paulo, nenhuma das 1.000 adolescentes gestantes reportaram o uso de drogas em entrevista com profissional da saúde. Porém, ao se analisar os fios de cabelo das entrevistadas, verificou-se que 4% usaram maconha, 1,7% cocaína e 0,3% maconha e cocaína durante o terceiro trimestre da gravidez. O perfil sociodemográfico dessa amostra é de baixa renda, abandono escolar, desemprego, e dependência financeira^{19,20}, e o consumo foi associado a faixa etária menor de 14 anos, histórico de mais de três parceiros sexuais e presença de transtornos mentais²¹.

Mundialmente, estima-se que de 3 a 10% das gestantes consumam *cannabis*, porém a maioria dos estudos ainda utiliza a entrevista como forma de coleta de dados¹⁸. Um dos exemplos é a França, que entrevistou uma amostra representativa de mulheres (n = 13.545) que realizaram parto no ano de 2010 em todas as maternidades do país. A partir das entrevistas e dos históricos médicos das participantes, foi constatado que 1,2% das mulheres fez uso de *cannabis* durante a gestação. Esse consumo foi maior em mulheres jovens, que moravam sozinhas e que tinham baixa escolaridade ou baixa renda, as quais também apresentavam maiores chances de fazer uso de tabaco e beber álcool. Entre as usuárias, houve maiores taxas de nascimento pré-termo espontâneo²².

CONSEQUÊNCIAS DO USO DE CANNABIS PARA A GESTANTE E A PUÉRPERA

Com o aumento do consumo de *cannabis* pelas mulheres, há maiores chances de os profissionais da saúde se depararem com gestações expostas a essa substância e com os consequentes prejuízos para a mãe, o feto e o desenvolvimento do bebê²³. No entanto, verifica-se um despreparo de algumas equipes de saúde para lidarem com essa questão. Um estudo conduzido na França revelou a necessidade de preparar os profissionais para a identificação precoce do uso de *cannabis* e de seus efeitos para mãe, feto e bebê. Os autores verificaram que apenas metade dos ginecologistas, obstetras, doulas e clínicos gerais perguntavam às gestantes sobre seu consumo de drogas, e a maioria não se sentia informada o suficiente sobre os riscos desse consumo no período, sendo que os profissionais que trabalhavam no momento do parto apresentavam melhor percepção dos riscos desse consumo²⁴.

A Tabela 1 mostra os principais efeitos agudos e crônicos do uso da maconha, que envolvem aspectos físicos e psíquicos²⁵.



HEWDY LOBO RIBEIRO¹, JOEL RENNO JR.², RENATA DEMARQUE³, JULIANA PIRES CAVALSAN⁴, RENAN ROCHA⁵, AMAURY CANTILINO⁶, JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO⁷, GISLENE VALADARES⁸, ANTÔNIO GERALDO DA SILVA⁹

¹ Diretor clínico e técnico, Hospital Lacan, São Bernardo do Campo, SP. Psiquiatra forense. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

Tabela 1 - Efeitos do uso de *cannabis*

Efeitos agudos físicos	Efeitos crônicos físicos
Olhos avermelhados	Lesão da traqueia
Boca seca	Lesões das vias aéreas
Taquicardia	Inflamação pulmonar
Aumento da pressão arterial	Infecção pulmonar
	Bronquite aguda ou crônica
	Câncer de pulmão

Efeitos agudos psíquicos	Efeitos crônicos psíquicos
Sensação de bem-estar	Transtornos de ansiedade
Calma e relaxamento	Prejuízo cognitivo (memória, atenção, funções executivas e controle inibitório)
Hilaridade	Agravo de sintomas psicóticos (em indivíduos que já os apresentam)
Angústia	Síndrome amotivacional
Medo de perder o controle mental	
Prejuízo de memória e atenção	
Prejuízo da aprendizagem	
Delírios e/ou alucinações	
Leve euforia	
Intensificação de experiências sensoriais	
Alterações na percepção	

Fonte: Oliveira et al.²⁵.

Diante da interrupção do consumo de *cannabis* antes, durante ou após a gestação, é importante que o profissional prepare a mulher para o possível surgimento de sintomas da síndrome de abstinência: fraqueza, hipersonia, retardo psicomotor, ansiedade, inquietação, depressão, insônia. Em geral, os sintomas aparecem 24 horas após a cessação e atingem maior intensidade entre 2 e 3 dias²⁶.

Destaca-se que o uso agudo da *cannabis* durante a gravidez pode levar a descarga simpática, com taquicardia, congestão conjuntiva e ansiedade; além disso, pode potencializar a ação de anestésicos no sistema cardiovascular e agir como depressora do sistema nervoso central²⁷.

EFEITOS NO FETO, RECÉM-NASCIDO E AO LONGO DA VIDA

Pesquisas demonstraram que o consumo de *cannabis* pode influenciar o desenvolvimento fetal. Para se avaliar o risco de impactos, leva-se em consideração o tempo de exposição, a dose, a via de administração, o uso de outras drogas e outros fatores sociais e genéticos²⁸.

A restrição do crescimento fetal é considerada a maior complicação nesse cenário²⁹. Por ser altamente

lipossolúvel, o tetraidrocannabinol atravessa a barreira da placenta e prejudica o crescimento do feto, causando retardo no desenvolvimento do sistema nervoso, distúrbios neurocomportamentais, má-formações congênitas, prejuízos no sistema cardiovascular e no sistema gastrointestinal^{27,28}.

O prejuízo no desenvolvimento neurológico do feto gera alterações comportamentais no recém-nascido, sendo que os seguintes sintomas podem ser observados: maior inquietude, desatenção, estresse, menor sensibilidade a estímulos externos, mais choro, maior dificuldade para ser acalmado em crises de choro, sono conturbado, com dificuldade para acordar, mais tremores e movimentos bruscos^{30,31}. Ainda que esses sintomas possam ser sutis e não ser detectados pelos pais, os profissionais da saúde devem investigá-los e realizar as intervenções necessárias³⁰.

Tendo em vista o futuro da criança, há perspectivas de melhora desses danos iniciais, uma vez que o desenvolvimento do cérebro é influenciado pelo meio e outros fatores biológicos. Sendo assim, a forma como esses bebês são criados é determinante, especialmente com relação a afeto, estimulação, atenção e cuidado

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR.
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSAN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

adequado³¹. Porém, como citado anteriormente, é provável que a mãe esteja vulnerável socioeconomicamente e em consequência de seu consumo de *cannabis*, estando inclusive exposta a situações de violência, sendo esse cuidado ao bebê possivelmente prejudicado³¹. Na ausência de estimulação e cuidado apropriados, futuramente essas crianças poderão apresentar dificuldades. Ao atingir a idade escolar, podem manifestar dificuldades de aprendizagem, leitura, memória, concentração, manejo dos impulsos e agressividade^{30,32}.

O consumo de *cannabis* na gravidez modifica a atividade de regiões do cérebro do feto em longo prazo, podendo gerar deficiências emocionais, depressão, consumo de substâncias psicoativas, hiperatividade, desatenção, impulsividade, déficits na memória, déficits de aprendizagem, prejuízos na linguagem, dificuldade em atividades que necessitam de abstração, menor habilidade visuoespacial e visomotora, dificuldade no planejamento de tarefas, teste de hipóteses, solução de problemas e funções executivas de forma geral^{28,33-35}.

ABORDAGEM À GESTANTE E PUÉRPERA USUÁRIA DE CANNABIS

Quando o tratamento e a cessação do consumo de *cannabis* não precede a gravidez, o principal objetivo do profissional de saúde será promover intervenções que evitem morbidades e mortalidades e aumentem a saúde da mãe e do feto ou bebê¹².

Podem-se observar duas classes de barreiras no atendimento a essa população: as barreiras pessoais, como vergonha, medo do estigma, sentimento de culpa, falta de suporte familiar, parceria usuária de substância, medo de perder a criança, dificuldade para transporte, medo de consequências legais; e as barreiras do sistema, como falta de tratamento apropriado para mulheres gestantes usuárias de drogas, atitudes negativas e preconceituosas de profissionais da saúde, entre outras^{6,12}. Diante dessas barreiras, uma forma custo-efetiva de manejo que melhora o desfecho para a mulher e para o bebê é a postura acolhedora, não julgadora, flexível, respeitosa e estimulante do profissional. Entender atrasos e faltas, por exemplo, pode fazer parte da rotina para garantir a adesão ao tratamento¹².

De forma geral, o tratamento pode ser pensado em duas etapas: a primeira, de suporte para início de tratamento não medicamentoso da síndrome de abstinência de

cannabis; e a segunda, de prevenção da recaída, com estímulo para tratamento da dependência e formação de rede de apoio¹². Intervenções breves são custo-efetivas e devem abordar indicação de aconselhamento motivacional com o objetivo de determinar metas, manejo de gatilhos e psicoeducação dos potenciais riscos do consumo¹².

É importante ressaltar que ainda não há um tratamento farmacológico estabelecido para dependência de *cannabis*. Durante intoxicações agudas, deve ser oferecida orientação sobre a realidade por amigos, familiares ou profissionais da saúde. Também deve ser avaliada a necessidade de tratamento farmacológico para as comorbidades psiquiátricas associadas³⁶.

A Maternal Fetal Medicine Committee, a Family Physicians Advisory Committee, a Medico-Legal Committee e a Society of Obstetricians and Gynaecologists do Canadá elaboraram, em 2011, em conjunto com pesquisadores, diretrizes baseadas em evidências para intervenção com grávidas usuárias de substâncias. As recomendações dos autores pertinentes às usuárias de *cannabis* para profissionais da saúde envolvem: rastreio de consumo de substâncias psicoativas em todas as mulheres gestantes e em idade fértil; realização de teste para identificação de consumo de drogas quando for necessário; ciência sobre a regulamentação da testagem de drogas em recém-nascidos; abordagem flexível no cuidado dessas mulheres; encorajar o uso de todos os recursos comunitários disponíveis; aconselhar sobre os riscos do uso de substância nos períodos pré-natal, gestacional e pós-parto; planejar, em conjunto com a paciente, o uso de analgésicos no pré-natal, para parto e pós-parto; e avaliação dos riscos e benefícios do aleitamento materno¹².

A Organização Mundial da Saúde (OMS) também estabelece um protocolo para o manejo de mulheres grávidas usuárias de substâncias, inclusive *cannabis*³⁷. O documento indica que os profissionais de saúde devem aplicar a todas as gestantes: rastreio e intervenções breves para o uso de *cannabis*; perguntar sobre todo seu histórico de consumo de *cannabis*; aconselhar a gestante a interromper o consumo; oferecer ou encaminhar a tratamento adequado; encorajar o contato pele a pele para mães que estejam em condições de fazê-lo³⁷. O protocolo sugere ainda,

¹ Diretor clínico e técnico, Hospital Lacan, São Bernardo do Campo, SP. Psiquiatra forense. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

para situações específicas, que o profissional avalie: a usuária de forma compreensiva e com cuidado individualizado; a necessidade de farmacoterapia; e a possibilidade de aleitamento materno. Ressalta-se que todas as mulheres devem ser aconselhadas a interromper o consumo de *cannabis*, ainda não seja contraindicação para o aleitamento³⁷.

Para a implementação e avaliação de programas para grávidas usuárias de *cannabis*, a OMS³⁷ sugere os seguintes princípios: priorização da prevenção para reduzir e cessar o consumo de *cannabis* na gestação e no puerpério; garantir acesso à prevenção e a serviços de tratamento para todas as gestantes e suas famílias; respeito à autonomia da paciente, informando-a sobre os riscos e benefícios para ela e para seu feto ou bebê, assim como sobre opções de tratamento; promover cuidado compreensivo diante da complexidade e natureza multifacetada dos transtornos por uso de substâncias; proteção contra discriminação e estigmatização; e promoção do apoio familiar, comunitário e social.

Essas orientações envolvem desafios que devem ser superados. Em relação ao rastreamento do consumo de *cannabis* na gestação, a dificuldade está na aplicação de exames para detecção de consumo em todas as gestantes, assim como nas limitações desses exames. Ferramentas de autorrelato podem ser utilizadas, ainda que haja a incerteza da veracidade da informação fornecida pela mãe em decorrência de sua culpa pelo consumo de *cannabis* e preocupação com possível estigmatização. Com o objetivo de obter uma resposta mais fidedigna, pesquisadores sugerem: questionar o uso de drogas no último mês antes da gestação (aumenta as chances de consumo atual); fazer questionamentos que pressupõem o consumo (por exemplo: quantas vezes fumou maconha no último mês); e rastrear uso de álcool ou tabaco (indicam a possibilidade de uso de outras substâncias). Exemplos de instrumentos sugeridos incluem as escalas Fagerstrom, Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) e CAGE³⁸.

Em relação à complexidade da dependência de *cannabis*, os tratamentos devem incluir em suas avaliações aspectos como comorbidades psiquiátricas (principalmente depressão e ansiedade), violência doméstica, histórico de traumas físicos, psicológicos e sexuais, e presença

de rede de apoio. Os serviços devem contemplar todos esses aspectos biopsicossociais durante o tratamento, garantindo, por exemplo, moradia, terapia para traumas, proteção contra violência e alimentação¹².

Mulheres usuárias de drogas que sofrem violência por parceiro íntimo antes da gestação são mais propensas a ser usuárias frequentes de substâncias e apresentam maior número de sintomas de transtorno por uso de substâncias em comparação com as não vítimas. Durante a gestação, a relação entre consumo de substância e violência é ainda mais forte, sendo que as vítimas têm maior probabilidade de consumir substâncias que as não vítimas. Por isso, é essencial a investigação da qualidade da relação com a parceria no tratamento de mulheres grávidas usuárias de *cannabis*³⁹. Estudos revelam que a presença de parcerias usuárias de substâncias psicoativas atrasam a busca por tratamento, além de dificultar a adesão ao mesmo¹². Assim, torna-se imprescindível a presença da parceria durante o pré-natal e no tratamento da dependência de *cannabis* para o aumento das chances de recuperação.

Com relação à necessidade de denúncia para órgãos protetores em caso de suspeita de risco ao feto ou ao recém-nascido por violência ou negligência, o profissional da saúde deve trabalhar no sentido de sinalizar à gestante a necessidade de proteção à criança, estimulando suas mudanças de comportamento e motivando-a para a cessação do consumo e adesão ao tratamento. Vale destacar que o histórico de uso de substância em si não impossibilita o desempenho do papel de mãe¹².

No período do puerpério, além de consultas regulares para seguimento do tratamento, podem ser necessários: orientações para a não exposição do bebê à fumaça da *cannabis*; entrevista motivacional para manutenção da abstinência e do tratamento; psicoeducação sobre os riscos ao bebê decorrentes do uso de *cannabis*; *follow-up* de comorbidades clínicas e psiquiátricas e dos impactos do novo papel de mãe; psicoeducação sobre anticoncepção e doenças sexualmente transmissíveis; gerenciamento de caso e encaminhamento para outros serviços de saúde¹².

Quanto ao aleitamento materno, deve-se considerar o custo-benefício em cada caso, pois a *cannabis* pode estar presente no leite materno, e a mãe deve ser informada sobre os potenciais efeitos da substância no

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR.
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSALN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

bebê e em seu desenvolvimento e ser aconselhada a interromper o consumo ou diminuí-lo⁷. Deve-se também levar em consideração outras questões psicossociais envolvidas nessa decisão, como a relação da mãe com o bebê durante o efeito da substância e na síndrome de abstinência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O aumento do consumo de *cannabis* no Brasil torna urgente a elaboração de políticas e protocolos de saúde nacionais para gestantes usuárias. O psiquiatra pode ser o primeiro profissional a saber da gestação da mulher usuária de maconha, e caberá a ele a primeira orientação e tratamento. Esse profissional também deve ser acessado diante da identificação de abuso ou dependência dessa substância pelo profissional de referência no pré-natal.

Para prevenção, deve-se sempre levar em consideração as dificuldades relativas às transformações da gravidez e da maternidade na vida da mulher, que podem vulnerabilizá-la para o consumo da substância. Assim como já é feito para substâncias lícitas, o consumo de *cannabis* deve ser investigado desde o pré-natal, e seus potenciais riscos para mãe, feto e bebê devem ser esclarecidos para a gestante e seus familiares.

Esta revisão indica a necessidade de políticas públicas e de prevenção para mulheres e jovens, para o aumento da resiliência diante de vulnerabilidades relacionadas ao gênero e da situação socioeconômica desfavorável, que representam fatores predisponentes e de risco para o consumo de *cannabis*, inclusive durante a gestação e puerpério. Todo tratamento às mulheres dependentes de *cannabis* deve se pautar em intervenções baseadas em evidências para essa população e levar em consideração diferenças de gênero, suas vulnerabilidades e o suporte para momentos como gestação e maternidade.

Os autores informam não haver conflitos de interesse associados à publicação deste artigo.

Fontes de financiamento inexistentes.

Correspondência: Hewdy Lobo Ribeiro, Vida Mental Serviços Médicos, Rua Dr. Neto de Araújo, 320, cj. 106/107, Vila Mariana, CEP 04111-001, São Paulo, SP. lobo@vidamental.com.br

Referências

1. Kiepper A, Esher Â. Regulation of marijuana by the Brazilian Senate: a public health issue. *Cad. Saude Publica*. 2014;30:1588-90.
2. Bobzean SA, DeNobrega AK, Perrotti LI. Sex differences in the neurobiology of drug addiction. *Exp Neurol*. 2014;259:64-74.
3. Mendrek A. [Are there any sex/gender differences in drug use and drug addiction?]. *Sante Ment Que*. 2014;39:57-74.
4. Khan SS, Secades-Villa R, Okuda M, Wang S, Pérez-Fuentes G, Kerridge BT, et al. Gender differences in cannabis use disorders: results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend*. 2013;130:101-8.
5. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). Levantamento Nacional da Álcool e Outras Drogas (LENAD) [Internet]. 2013. http://inpad.org.br/wp-content/uploads/2013/04/Press_Maconha_Slte1.pdf
6. National Institute on Drug Abuse (NIDA). Substance use in women [Internet]. July 2015. drugabuse.gov/publications/research-reports/substance-use-in-women/summary
7. Jaques SC, Kingsbury A, Henshcke P, Chomchai C, Clews S, Falconer J, et al. Cannabis, the pregnant woman and her child: weeding out the myths. *J Perinatol*. 2014;34:417-24.
8. Rennó J Jr, Ribeiro HL, Demarque R. Sexualidade durante a gestação e puerpério. In: Diehl A, Vieira DL. Sexualidade: do prazer ao sofrer. São Paulo: Roca; 2013. p. 115-31.
9. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med*. 2007;4:1381-7.
10. Camacho KG, Vargens OMC, Progianti JM. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. *Rev Enferm UERJ*. 2010;18:32-7.
11. Pauleta JR, Pereira NM, Graça LM. Sexuality during pregnancy. *J Sex Med*. 2010;7:136-42.

¹ Diretor clínico e técnico, Hospital Lacan, São Bernardo do Campo, SP. Psiquiatra forense. ² Professor colaborador médico, Departamento de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP. Diretor, Programa de Saúde Mental da Mulher, Instituto de Psiquiatria, USP, São Paulo, SP. ³ Psiquiatra, Instituto do Câncer do Estado de São Paulo, Instituto de Psiquiatria, Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HC-USP), São Paulo, SP. ⁴ Psiquiatra forense pela ABP/CFM. ⁵ Programa de Saúde Mental da Mulher, Núcleo de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde (NUPREVIPS), Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), Criciúma, SC. ⁶ Professor, Departamento de Neuropsiquiatria, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife, PE. ⁷ Psiquiatra. Clinical Fellow, Women's Mental Health, Universidade de McMaster, Hamilton, Canadá. ⁸ Ambulatório de Acolhimento e Tratamento de Famílias Incestuosas (AMEFI), Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG), Belo Horizonte, MG. ⁹ Diretor Científico, Programa de Atualização em Psiquiatria (PROPSIQ), Sistema de Educação Continuada a Distância (SECAD).

12. Wong S, Ordean A, Kahan M; Maternal Fetal Medicine Committee; Family Physicians Advisory Committee; Medico-Legal Committee; et al. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can.* 2011;33:367-84.
13. De Genna NM, Cornelius MD, Goldschmidt L, Day NL. Maternal age and trajectories of cannabis use. *Drug Alcohol Depend.* 2015;156:199-206.
14. Olsson CA, Horwill E, Moore E, Eisenberg ME, Venn A, O'Loughlin C, et al. Social and emotional adjustment following early pregnancy in young Australian women: a comparison of those who terminate, miscarry, or complete pregnancy. *J Adolesc Health.* 2014;54:698-703.
15. Roberson EK, Patrick WK, Hurwitz EL. Marijuana use and maternal experiences of severe nausea during pregnancy in Hawai'i. *Hawaii J Med Public Health.* 2014;73:283-7.
16. Lamy S, Delavene H, Thibaut F. [Licit and illicit substance use during pregnancy]. *Rev Prat.* 2014;64:317-20.
17. Wendell AD. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. *Clin Obstet Gynecol.* 2013;56:91-6.
18. Lamy S, Thibaut F. [Psychoactive substance use during pregnancy: a review]. *Encephale.* 2010;36:33-8.
19. Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Teenage pregnancy: use of drugs in the third trimester and prevalence of psychiatric disorders. *Rev Bras Psiquiatr.* 2006;28:122-5.
20. Bessa MA, Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Underreporting of use of cocaine and marijuana during the third trimester of gestation among pregnant adolescents. *Addict Behav.* 2010;35:266-9.
21. Bessa MA, Mitsuhiro SS, Chalem E, Barros MC, Guinsburg R, Laranjeira R. Correlates of substance use during adolescent pregnancy in São Paulo, Brazil. *Rev Bras Psiquiatr.* 2010;32:66-9.
22. Saurel-Cubizolles MJ, Prunet C, Blondel B. Cannabis use during pregnancy in France in 2010. *BJOG.* 2014;121:971-7.
23. Ribeiro HL, Oliveira ACS, Rennó J Jr. Maconha: efeitos na gestante, no feto e no recém-nascido. In: Conceição AM, Segre HPFC, Lippi UG. *Perinatologia - fundamentos e prática.* 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2015. p. 357.
24. Gérardin M, Victorri-Vigneau C, Louvigné C, Rivoal M, Jolliet P. Management of cannabis use during pregnancy: an assessment of healthcare professionals' practices. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011;20:464-73.
25. Oliveira ACS, Diehl A, Cordeiro DC. Drogas, álcool e tabaco: que barato é esse? In: Diehl A, Figlie N. *Prevenção ao uso de álcool e drogas: o que cada um de nós pode e deve fazer?* São Paulo: Artmed; 2014. v. 1, p. 50-85.
26. Zuardi AW, Crippa JAS. Maconha. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.* Porto Alegre: Artmed; 2011.
27. Yamaguchi ET, Cardoso MMSC, Torres MLA, Andrade AG. Drogas de abuso e gravidez. *Rev Psiquiatr Clin.* 2008;35:44-7.
28. Associação Brasileira de Psiquiatria, Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Abuso e dependência de maconha* [Internet]. Projeto Diretrizes. 2012 Oct 30 [cited 1016 Feb 20]. projetodiretrizes.org.br/diretrizes11/abuso_e_depend%C3%AAncia_de_maconha.pdf
29. Davitian C, Uzan M, Tigaizin A, Ducarme G, Dauphin H, Poncelet C. [Maternal cannabis use and intra-uterine growth restriction]. *Gynecol Obstet Fertil.* 2006;34:632-7.
30. Girardi G. Filhos de jovens usuárias de maconha são mais estressados [Internet]. O Estado de São Paulo. 2007 Apr 28 [cited 2016 Feb 20]. bv.fapesp.br/namidia/noticia/8973/filhos-jovens-usuarias-maconha-sao/
31. Corso I. Gravidez de duplo risco. Maconha prejudica desenvolvimento neurológico de recém-nascidos [Internet]. 2007 [cited 2016 Feb 20]. revistapesquisa.fapesp.br/2007/04/01/gravidez-de-duplo-risco/
32. Varella D. Estudo na UNIFESP [Internet]. 2009 Mar 27. uniad.org.br/interatividade/artigos/item/287-estudo-na-unifesp
33. Karila L, Cazes O, Danel T, Reynaud M. [Short- and long-term consequences of prenatal exposure to

HEWDY LOBO RIBEIRO
JOEL RENNO JR.
RENATA DEMARQUE
JULIANA PIRES CAVALSAN
RENAN ROCHA
AMAURY CANTILINO
JERÔNIMO DE ALMEIDA MENDES RIBEIRO
GISLENE VALADARES
ANTÔNIO GERALDO DA SILVA

- cannabis]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2006;35:62-70.
34. Guinsburg R, Barros MCM. Maconha e gravidez [Internet]. [cited 2016 Feb 20]. uniad.org.br/desenvolvimento/images/stories/publicacoes/texto/selecoes_maconha/Maconha_e_gravidez.pdf
35. Jungerman FS, Laranjeira R, Bressan RA. Maconha: qual a amplitude de seus prejuízos? *Rev Bras Psiquiatr*. 2005;27:5-6.
36. Dieh A, Laranjeira R. Tratamento farmacológico da intoxicação aguda, síndrome de abstinência e dependência de maconha. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R. *Tratamentos farmacológicos para dependência química: da evidência científica à prática clínica*. Porto Alegre: Artmed; 2010.
37. World Health Organization. Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy [Internet]. 2014. apps.who.int/iris/bitstream/10665/107130/1/9789241548731_eng.pdf?ua=1
38. Hotham E, White J, Ali R, Robinson J. Screening for use of alcohol, tobacco and cannabis in pregnancy using self-report tools. *J Dev Orig Health Dis*. 2012;3:216-23.
39. Martin SL, Beaumont JL, Kupper LL. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2003;29:599-617.