



Mãe Roulin com seu bebê, de Vincent Van Gogh, 1888.

Abordagem de transtornos por **crack e cocaína** em **gestantes e bebês**

Protocolo Clínico

Protocolo da Rede de Atenção Psicossocial, baseado em evidências científicas, para a abordagem de transtornos por crack e cocaína em gestantes e bebês.

Sistema Único de Saúde
Estado de Santa Catarina, 2015.



1. SITUAÇÃO A SER ABORDADA

Este protocolo visa aspectos de assistência em saúde mental para grávidas e neonatos. É complementar ao protocolo sobre transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca.

Pela prevalência, por se registrar mais diagnósticos e pelo tipo das drogas ilícitas atualmente em uso, o problema da transmissão vertical das dependências químicas é crescente^{1, 2}. Há, porém, dificuldades para se conseguir bons estudos epidemiológicos sobre a dependência de derivados da coca em grávidas e sobre sua síndrome de abstinência em neonatos^{3, 4}.

O tempo de duração de uma síndrome de dependência química em neonatos depende da droga utilizada. A de heroína pode persistir por 7 a 20 dias, a de metadona por 20 a 45 dias, a de barbitúricos por 11 dias a 6 meses, a de derivados da coca por apenas 1 a 3 dias.

Um estudo acompanhando 1.072 grávidas usuárias de derivados da coca mostra que o crack na gravidez pode ser fator de atraso no crescimento intrauterino, de parto prematuro e de baixo peso ao nascer⁵. Tais fetos estão mais expostos a doenças infecciosas por transmissão vertical. O abuso do crack por grávidas aumenta o risco de aborto⁶.

Bebês de mães usuárias de crack poderão apresentar síndrome de dependência neonatal que, embora raro, é fator de sofrimento.

Um estudo acompanhando 398 bebês, em quatro centros norte-americanos, por 6 meses, mostrou a persistência de anormalidades no tônus muscular e na postura⁷. Um estudo de coorte, com 1.388 crianças, por 3 anos,

¹ O'DONNELL, M. et al. Increasing prevalence of neonatal withdrawal syndrome: population study of maternal factors and child protection involvement. **Pediatrics**. Apr 2009; 123(4):e614-21. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/123/4/e614.short>>.

² GALBALLY, Megan; SNELLEN, Martien; LEWIS, Andrew J. **Psychopharmacology and Pregnancy: Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines**. Heidelberg/Londres: Springer-Verlag, 2014. Parcialmente disponível em: <http://books.google.com.br/books?id=uqQqBAAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=pt-BR&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false>.

³ HUDAK, Mark L.; TAN, Rosemarie C.; COMMITTEE ON DRUGS; COMMITTEE ON FETUS AND NEWBORN. **Pediatrics**, Vol. 129 No. 2 February 1, 2012, pp. e540 -e560 (doi: 10.1542/peds.2011-3212) Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e540.full>>.

⁴ AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Neonatal Drug Withdrawal. **Pediatrics**, Vol. 101 No. 6 June 1, 1998, pp. 1079 -1088. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/101/6/1079.full>>.

⁵ BAUER, C.R. et al. Acute neonatal effects of cocaine exposure during pregnancy. **Arch Pediatr Adolesc Med**. 2005;159:824-34. Disponível em: <<http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=486109>>.

⁶ RODRIGUEZ, Senith Marcela Beleño; MORALES, Gregorio Alberto Diaz. Analisis de las tendencias de consumo de drogas de abuso e impactos en la salud del individuo en países de América Latina, años 2006-2010. [Tese. Orient.: J.A.Q. Mosquera]. Bogotá: Universidade Nacional da Colômbia, 2011. Disponível em: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/4266/1/598930.2011.pdf>>.

⁷ CHIRIBOGA, C.A.; KUHN, L.; WASSERMAN, G.A. Prenatal cocaine exposures and dose-related cocaine effects on infant tone and behavior. **Neurotoxicol Teratol**. 2007;29:323-30. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0892036206001917>>.

também nos Estados Unidos, mostra haverem, em filhos de cocainômanas graves, algumas alterações cognitivas, da linguagem e do comportamento por todo o período pré-escolar, agravados na vigência concomitante de cocaína com álcool e tabaco⁸.

2. CLASSIFICAÇÃO NA CID 10

F14.- Transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso da cocaína.

Aos signos alfanuméricos acima, juntam-se, após um ponto, as subdivisões, como um quarto caractere:

- .0 - Intoxicação aguda
- .1 - Uso nocivo para a saúde
- .2 - Síndrome de dependência
- .3 - Síndrome de abstinência
- .8 - Outros transtornos mentais ou comportamentais
- .9 - Transtorno mental ou comportamental não especificado.

P96.1 Sintomas de abstinência neonatal de drogas utilizadas pela mãe

Síndrome do filho de mãe dependente

(Exclui: intoxicações e reações por uso materno de opiáceos e tranquilizantes administrados durante o trabalho de parto e parto - P04.0)

3. POSSÍVEIS LOCAIS DE TRATAMENTO

Como regra, a gravidez em dependentes de crack pode ser considerada gestação de alto risco e obedece aos preceitos da Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde, que institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência.

O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco. A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado. O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto. A gestante deverá ser informada e vinculada a uma maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação.

O caso requer comunicação entre as redes Cegonha, de atenção psicossocial e básica.

Gestantes precisam ter um hospital de referência para o parto e serviços ambulatoriais que possam fazer o pré-natal em situações especiais, em contato com o serviço de saúde mental que acompanha o caso. Para moradoras de rua, eventualmente o primeiro contato poderá ser feito por uma equipe de consultório na rua.

Eventualmente a paciente é atendida em unidades de pronto atendimento (UPA), prontos-socorros hospitalares (PS), serviços de atendimento

⁸ BADA, H.S.; DAS, A.; BAUER, C.R.; SHANKARAN, S.; LESTER, B.; LAGASSE, L., et al. Impact of prenatal cocaine exposure on child behavior problems through school age. *Pediatrics* 2007;119:e348-59. Disponível em: <<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.full.pdf+html> >.

móvel de urgência (SAMU), hospitais, por intoxicações agudas ou por outros quadros complicados.

O Centro de Atenção Psicossocial especializado em problemas relacionados a álcool e drogas (CAPS AD) é o serviço de saúde mais indicado para o seguimento do paciente na fase do tratamento da dependência. Após a estabilização, a sequência do tratamento pode ser feita em unidades básicas de saúde (UBS) ou centros de atenção psicossocial genéricos (CAPS I).

4. DIAGNÓSTICO

O diagnóstico, para a gestante, segue os critérios da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), para dependências químicas em geral e para dependência de cocaína. Vide, sobre isto, o protocolo específico sobre transtornos mentais e de comportamento por derivados da coca.

A síndrome, no bebê, se caracteriza por irritabilidade, hipertonciedade, tremores, instabilidade autonômica, alteração de humor, sucção incontrolável e impossibilidade de consolo⁹.

Em alguns países é usada a escala de Finnegan para graduar a intensidade da síndrome de abstinência química neonatal^{10, 11}. Esta escala permite detectar e valorar a resposta às intervenções terapêuticas na evolução da síndrome¹².

Os diagnósticos diferenciais, para os bebês, são: cólica, hipocalcemia, hipoglicemia, hipomagnesemia, infecção bacteriana (especialmente meningocócica), septicemia neonatal.

Nos testes toxicológicos de urina de adultos a cocaína pode ser detectada nas primeiras 24 a 28 horas após o uso da última dose da droga. Nos testes de crianças, pode ser detectada até 72 a 96 horas depois. A toxicologia neonatal pode encontrar nos exames de meconio, assim como em amostra do cordão umbilical uma sensibilidade maior do que nos exames de urina. Contudo, uma história clínica¹³ conhecida e fidedigna, se a paciente for colaborativa, torna os exames toxicológicos desnecessários.

⁹ ABP (Associação Brasileira de Psiquiatria); MARQUES, Ana Cecília P. Roselli; RIBEIRO, Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo R.; ANDRADA, Nathalia Carvalho. Abuso e dependência: crack. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 58, n. 2, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200008&lng=en&nrm=iso>.

¹⁰ FINNEGAN, L.P. et al. Neonatal abstinence syndrome: assessment and management. **Addictive Diseases**, 1975, 2(1-2):141-158. Disponível em: <<http://europepmc.org/abstract/med/1163358>>.

¹¹ WESTERN Australian Centre for Evidence Based Nursing & Midwifery. **Neonatal abstinence scoring system**. January 2007. Perth: Curtin University of Technology. Disponível em: <http://www.lkpz.nl/docs/lkpz_pdf_1310485469.pdf>.

¹² CUESTA MIGUEL, M.J. et al. Síndrome de Abstinencia Neonatal. **Enfermería Integral** 2013 Diciembre 2013(103):24-28. Disponível em: <<http://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>>.

¹³ KLEIN, Robert F. et al. History Taking and Substance Abuse Counseling with the Pregnant Patient. **Clinical Obstetrics & Gynecology**, June 1993 - Volume 36 - Issue 2 - ppg 338-346. Disponível em: <http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Citation/1993/06000/History_Taking_and_Substance_Abuse_Counseling_with.12.aspx>.

5. TRATAMENTO

5.1 Gestantes dependentes de crack ou de cocaína

Mulheres grávidas ou amamentando, usuárias pesadas de cocaína, devem receber uma atenção especial, pois é dever do serviço de saúde intervir para preservar a saúde do feto, ou da criança, antes e após o nascimento. Para tanto, no espírito da Diretriz do Conselho Federal de Medicina¹⁴ preconiza-se:

- 1) Interrogar sobre o ciclo menstrual e informar as mulheres que o uso de drogas pode interferir com o ciclo menstrual, dando a falsa impressão de que ela não poderá engravidar.
- 2) Aconselhar as grávidas a parar com o uso de qualquer droga, e a buscar apoio nesse sentido.
- 3) Às grávidas dependentes que também fazem uso de opioides deve ser prescrita uma droga de substituição agonista, como a metadona.
- 4) Tentar manter a grávida em cuidados pré-natais regulares, controlando a idade gestacional e o estado geral de saúde da mãe e do feto.
- 5) Vacinar a gestante contra hepatite e avaliar sua história clínica pregressa, diagnosticando outras doenças infecciosas, se necessário.
- 6) Garantir alimentação nutritiva à gestante.
- 7) Examinar os bebês nascidos de mães usuárias de drogas para verificar a presença ou ausência de sintomas de abstinência (conhecida como síndrome de abstinência neonatal).
- 8) Aconselhar e apoiar as mães que amamentam a não usarem nenhum tipo de droga.
- 9) Aconselhar as mães em uso regular de drogas a apenas amamentarem seus bebês ao menos durante os seis primeiros meses, a menos que haja uma recomendação de um especialista para não amamentar. As que pararam o uso podem seguir amamentando.
- 10) Às mães com uso nocivo de drogas e filhos pequenos deve-se oferecer serviços de apoio social, onde houver, incluindo visitas domiciliares pós-natais adicionais, treinamento dos pais, e cuidados das crianças durante as consultas.

Alguns aspectos típicos das gestantes usuárias de crack e cocaína¹⁵ são apresentados no quadro abaixo:

¹⁴ CFM. **Diretrizes Gerais Médicas pra Assistência Integral ao Crack**. Brasília: Conselho Regional de Medicina, 2011. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf>> e em: <<http://portal.cfm.org.br/images/stories/pdf/cartilhacrack2.pdf>>.

¹⁵ MARTINS-COSTA, Sergio Hofmeister et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 33, n. 1, mar. 2013. ISSN 2357-9730. Available at: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33833>>.

Característica das gestantes usuárias de crack ou cocaína

Ausência de assistência pré-natal, acompanhamento irregular ou início tardio.

Descuido com aparência.

Baixa escolaridade e nível socioeconômico.

Passado obstétrico ruim:

Abortamento espontâneo ou feto natimorto;

CIUR (crescimento intrauterino restrito);

Parto pré-termo;

Descolamento prematuro de placenta.

Histórico de patologias relacionadas ao uso de drogas de abuso:

Endocardite subaguda;

Pancreatite;

Abscesso cutâneo.

Problemas familiares:

Familiares usuários de cocaína/crack;

Companheiro usuário de drogas de abuso;

Violência doméstica;

Filhos com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor;

Problemas sociais.

Fonte: Martins-Costa, 2013, modificado de: KLEIN, 1993¹⁶.

Sugere-se, como rotina na gestação:

- a) Pré-natal em centro especializado (equipe multidisciplinar no atendimento, facilitação para retornos com mais de um profissional no mesmo dia, auxílio transporte, se necessário, busca ativa por agente de saúde);
- b) Rastreamento de doenças sexualmente, transmissíveis;
- c) Avaliação do risco de parto pré-termo e restrição do crescimento fetal (toque vaginal em todas as consultas, ecografia obstétrica);
- d) Atenção para anemia e outras carências nutricionais (hemograma, vitamina B12, ferritina, hematócrito e hemoglobina, Sulfato ferroso, possível uso de polivitamínicos).

No manejo obstétrico das gestantes em síndrome de abstinência, com agitação psicomotora intensa, precisando de sedação, o uso de benzodiazepínicos pode ser considerado, na dose de 10 mg EV de ataque, repetível a cada 5 minutos, se necessário. Deve-se estar atento para o risco de parada

¹⁶ KLEIN, R.F. et al. History taking and substance abuse counseling with the pregnant patient. **Clin Obstet Gynecol.** 1993; 32 (2): 338-46. Disponível em: <http://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/1989/05000/Substance_Abuse_in_Pregnant_Women_Recent.8.aspx>.

respiratória. Na dificuldade de acesso venoso pode-se usar lorazepam, 1 mg intramuscular. Alternativamente pode-se usar o haloperidol (em doses pequenas) e a prometazina, especialmente se houverem sintomas de psicose.

O parto durante uma intoxicação aguda implica, além da rotina obstétrica, a avaliação dos sinais vitais, do nível de consciência, das extremidades, de possíveis alterações neurológicas (inclusive das pupilas, à procura de midríase, sinal de ativação simpática) e a ausculta pulmonar. O eletrocardiograma, as provas de função hepática e renal, o hemograma com contagem de plaquetas, e sorologias, podem ser importantes. A medida da glicose e da oximetria de pulso¹⁷, para afastar hipoxemia e hipoglicemia são necessárias. O diagnóstico diferencial com pré-eclâmpsia deve ser considerado.

Os anestesistas devem estar preparados para intercorrências¹⁸. Também os neonatologistas, que talvez precisem reanimar o recém-nascido.

A perda de função renal com rabdomiólise, apesar de rara, pode ocorrer. Nestes casos, com atenção aos níveis séricos de potássio, a conduta implica hidratação abundante com solução isotônica nas primeiras 24 ou 48 horas, e manutenção com solução fisiológica 0,45% associada a manitol e bicarbonato de sódio. Tais complicações podem ocorrer também no puerpério imediato, pois os efeitos da cocaína podem ocorrer até 72 horas após seu consumo.

Contudo, a síndrome de abstinência da parturiente é um diagnóstico de exclusão. Deve-se pensar em outras complicações que possam gerar sintomas semelhantes, como hemorragias pós-parto, endometriometrite e alterações tardias relacionadas à cocaína, como os possíveis casos de angina (pois a cocaína predispõe à angina e ao enfarte).

Sugere-se, pois, como rotina no trabalho de parto em que haja complicações por crack ou grandes doses de cocaína:

- a) Atenção aos riscos de descolamento de placenta (cardiotocografia e acesso venoso na internação);
- b) Avaliação de sinais vitais maternos (sinais vitais 1 em 1 hora);
- c) Avaliação contínua com cardiotocografia;
- d) Cuidados especiais com analgesia obstétrica;
- e) Coletar a gasometria cordão umbilical;
- f) Enviar placenta para análise.

No puerpério deve-se incorporar à rotina:

- a) Atenção ao risco de fuga da parturiente;
- b) Avaliação da necessidade de proibição de amamentação;
- c) Risco de crise de abstinência.

5.2 Bebês de mães usuárias de crack ou de cocaína

Aos efeitos da passagem transplacentária da cocaína somam-se os efeitos da vasoconstrição do leito vascular placentário, predispondo a um crescimento intrauterino restrito, à natimortalidade, a malformações ósseas, cardiovasculares e de trato geniturinário.

¹⁷ A oximetria de pulso (teste do coraçãozinho) está incorporada aos procedimentos do SUS para triagem pré-natal pela Portaria nº 20, de 10 de junho de 2014, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

¹⁸ LUFT, Ana; MENDES, Florentino Fernandes. Anestesia no paciente usuário de cocaína. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 57, n. 3, June 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942007000300009&lng=en&nrm=iso>.

Nos cuidados ao recém-nascido, sugere-se incorporar à rotina de avaliação do bebê:

- a) Risco de crise de abstinência;
- b) Risco de maus-tratos e abandono;
- c) Risco de complicações secundárias ao baixo peso;
- d) Encaminhamento para centro especializado;
- e) Avaliação de complicações respiratórias, cardiovasculares, neurológicas, e de intoxicação aguda.

A síndrome de dependência passiva em bebês, ou síndrome de abstinência neonatal, é rara. Ela implica observação do bebê em ambiente hospitalar, diminuindo-lhe os estímulos sensoriais (luz, ruídos), administrando porções pequenas e frequentes de alimentos calóricos (por ter uma maior atividade e irritabilidade), acolhendo-os no colo, fazendo o diagnóstico diferencial com outros motivos para choro (dor, calor, frio, fome, etc.) e suportando o choro até que a síndrome de privação passe¹⁹.

5.3 Lactação

Teoricamente, para usuárias pesadas, o aleitamento deveria ser evitado nas primeiras 24 horas após o último consumo de cocaína ou crack, enquanto a mãe está intoxicada. Após 24 horas a mãe já pode amamentar, exceto nos casos em que continue usando da droga^{20, 21}.

Portanto, considerando os importantes e inquestionáveis benefícios da amamentação para o bebê, não sendo usuária pesada (grande quantidade diariamente) e aguardando pelo menos 24 após o consumo da droga, compensa correr o risco de um prejuízo menor pela droga porventura passada através do leite materno. O consumo pesado de qualquer um dos derivados da coca, se mantido após o parto, contraindica a amamentação.

Contudo, há um fator de complicação: o comportamento agressivo, conflituoso e pouco ligado no bebê, comum nessas pacientes. Comumente elas não aderem às orientações médicas e de enfermagem. Por isso, vários autores sugerem que usuárias ativas de cocaína ou crack, sem histórico confiável de suspensão do uso da droga, e com problemas de comportamento ou de afetividade diante do filho, sejam consideradas contraindicadas ao aleitamento materno. O protocolo norte-americano para aperfeiçoar o tratamento de grávidas usuárias de crack contraindica o aleitamento²². A conduta sugerida para a suspensão da lactação implica o enfaixamento mamário.

¹⁹ BARRERO VIRGUETTI, Marcia Helka; ESCALERA SOLIS, Claudia. Síndrome de abstinencia neonatal. *Rev. méd.* (Cochabamba), v. 19, n. 29, July 2008. Disponível em: <http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2074-46092008002900010&lng=en&nrm=iso>.

²⁰ STRATHEARN, Lane; MAYES, Linda. Cocaine Addiction in mothers: potential effects on maternal care and infant development. *Ann N Y Acad Sci.* 2010 February ; 1187: 172–183. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05142.x. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3016156/>>.

²¹ REINO UNIDO. Department of Health (England) and the devolved administrations (2007). **Drug Misuse and Dependence: UK Guidelines on Clinical Management.** Londres: Department of Health (England), the Scottish Government, Welsh Assembly Government and Northern Ireland Executive, 2007. Disponível em: <http://www.nta.nhs.uk/uploads/clinical_guidelines_2007.pdf>.

²² U.S. Department of Health and Human Services. **Pregnant, Substance-Using Women: Treatment Improvement Protocol (TIP).** Series 2. DHHS Publication No. (SMA) 95-3056. Rockville (MD): Public Health Service, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 1999. Disponível em: <<http://adaiclearinghouse.org/downloads/TIP-2-Pregnant-Substance-Using-Women-83.pdf>>.

A linha-guia australiana de suspensão da lactação de New South Wales propõe, além dos métodos farmacológicos (carbégolina, 1 mg VO nas primeiras 12 horas após o parto, encontrável no SUS em comprimidos de 0,5 mg)^{23, 24}, as seguintes medidas:

- a) Evitar estimulação desnecessária da mama;
- b) Usar um sutiã firme;
- c) Aplicar compressas frias, pacotes de gel ou folhas de couve sobre a mama;
- d) Manter a ingestão normal de líquidos;
- e) Permitir que o vazamento de leite materno ocorra, expremendo o suficiente para manter o conforto;
- f) Usar breve analgesia (paracetamol) se necessário.

Há controvérsias, pois em alguns casos pode-se diminuir os danos e tentar manter a amamentação²⁵.

As mães, ex-usuárias de crack ou de cocaína, que pariram fora de hospital e já amamentaram por mais de uma semana, caso estejam sóbrias e sem sintomas importantes de privação, sob supervisão (por exemplo, as internadas em comunidades terapêuticas), devem continuar amamentando, pois a fase de maior passagem da cocaína ao bebê já ocorreu.

As mães que optaram por amamentar, mas seguem usando cocaína de forma intermitente, devem esperar 24 horas, após o consumo da droga, para alimentar o bebê com seu leite^{26, 27}. Este é o tempo para uma eliminação da cocaína que evite passar volumes perigosos da substância à criança²⁸. É totalmente contraindicado e perigoso ao bebê colocar cocaína em pó no mamilo ao amamentar. Algumas mães se propõem a isso (aplicações tópicas), vendo que o bebê está dependente e chorando pela droga.

Quando uma mãe for acolhida em Comunidade Terapêutica, durante o período de aleitamento materno, vale o Estatuto da Criança e do Adolescente. Seu artigo 9º dispõe que o poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas a medida privativa de liberdade. Portanto, todas as instituições, sejam públicas ou privadas, precisam dar condições de a mãe permanecer com a criança durante o período de aleitamento materno, que dura em média 11 meses.

²³ NSW Government; Royal Hospital for Women. **Suppression of lactation or weaning: clinical policies, procedures & guidelines.** Gosford: Royal Hospital for Women, 21 jun 2012. Disponível em: <<http://www.seslhd.health.nsw.gov.au/rhw/Manuals/documents/Lactation/Suppression%20of%20Lactation%20or%20Weaning.pdf>>.

²⁴ HAMDAN, Ashraf H. Neonatal Abstinence Syndrome Clinical Presentation. **Medcape**, Aug 11, 2014. Disponível em: <<http://emedicine.medscape.com/article/978763-clinical>>.

²⁵ FRÍGULIS, B. et al.. A comprehensive review of assay methods to determine drugs in breast milk and the safety of breast-feeding when taking drugs. **Anal Bioanal Chem** 2010;397(3):1157-79. Disponível em: <<http://link.springer.com/article/10.1007/s00216-010-3681-0>>.

²⁶ CRESSMAN, Alex M. et al. Maternal cocaine use during breastfeeding. **Canadian Family Physician**, November 2012 vol. 58 no. 11 1218-1219. Disponível em: <<http://www.cfp.ca/content/58/11/1218.full>> e em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3498013/>>.

²⁷ WONG, S.; ORDEAN, A.; KAHAN, M.. SOGC clinical practice guidelines: substance use in pregnancy: no. 256, April 2011. **Int J Gynaecol Obstet** 2011;114(2):190-202. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21870360>>.

²⁸ SARKAR, M.; DJULUS, J.; KOREN, G. When a cocaine-using mother wishes to breastfeed proposed guidelines. **The Drug Monit** 2005;27(1):1-2. Disponível em: <http://journals.lww.com/drug-monitoring/Citation/2005/02000/When_a_Cocaine_Using_Mother_Wishes_to_Breastfeed_.1.aspx>.

5.4 A estada do neonato na maternidade

Poderá haver necessidade de internação do recém-nascido em unidade de tratamento intensivo neonatal, para investigação de intercorrências no período neonatal precoce. Nesta fase devem-se levar em conta as questões sociais, buscando-se o envolvimento do serviço social e do conselho tutelar. Frequentemente são levantadas dúvidas se esses bebês deveriam ser internados de rotina para avaliação e por dificuldades relacionadas ao comportamento materno. Essa questão, ao envolver operadores do direito, pode envolver controvérsias, pois ela ainda encontra limitações legais e éticas, a serem esclarecidas, com a finalidade de definir o manejo inicial para esses recém-nascidos²⁹.

É mais lógico que a conduta derive da observação de cada caso, singularmente. Não há motivos técnicos e éticos para que uma internação involuntária ou compulsória do bebê seja impulsionada como rotina nas maternidades. A internação em hospitais não deve ocorrer apenas pelo fato de que parcelas da população defende o reforço de um controle sobre os fenômenos sociais e antropológicos a ser exercido através de profissionais da saúde. Hospital não é albergue, não é creche, não é residência e não é prisão. A internação deve ocorrer por critérios técnicos de ordem médica³⁰. A prudência contra os maus tratos, pela mãe, ou por ausência de família, merece um estudo singular, caso a caso. Se necessário, será importante fazer avaliações multidisciplinares, por assistente social, psicólogo, psiquiatra, obstetra e pediatra.

A abertura de canais de comunicação entre a maternidade, outros componentes da Rede Cegonha, a rede básica e o serviço social é medida importante. Os serviços sociais municipais poderão prover albergue para mães sem teto ou moradoras de rua, e providenciar estrutura que garanta a frequência regular a um serviço de saúde mental (CAPS, ambulatório ou unidade básica de saúde), assim como aos serviços onde pode ser feito o acompanhamento da puérpera e do bebê em outras áreas da saúde.

²⁹ MARTINS-COSTA, Sergio Hofmeister et al. Crack: a nova epidemia obstétrica. **Clinical & Biomedical Research**, [S.l.], v. 33, n. 1, mar. 2013. ISSN 2357-9730. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/33833>>.

³⁰ SERRANO, Alan Índio. Os direitos do doente mental no contexto do sistema único de saúde em Santa Catarina. **Sequência Estudos Jurídicos e Políticos**, V. 22 n. 42 (2001). Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/sequencia/article/view/15397/13980>>.