

**Resumo:** Os autores, após apresentação do modelo de intervenção na mulher grávida toxicod dependente, na *unidade materna* do Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) do Conde [Porto], caracterizam uma amostra de 105 mulheres apoiadas nesta unidade, entre 1996/1999 (situação sócio-profissional; tipo de encaminhamento; história obstétrica actual e passada; história do consumo de drogas; infecção por HIV; adesão ao tratamento; dados referentes ao parto e recém-nascido) e fazem uma reflexão sobre os resultados.

**Palavras-Chave:** Grávida toxicod dependente; Modelo de intervenção; Caracterização retrospectiva.

**Résumé:** Les auteurs, après la présentation du modèle d'intervention dans la grossesse chez la femme toxicomane de l'unité maternel du Centre de Traitement pour Toxicomanes (CAT) du Conde [Porto], caractérisent un échantillon de 105 femmes aide dans cette unité parmi 1996/1999 (situation socioprofessionnelle; le type d'acheminement; l'histoire obstétrique actuel et passé; l'histoire de la toxicomanie; l'infection VIH; l'adhésion au traitement; l'information sur le parthe et nouveau-né) et effectue une réflexion sur les résultats.

**Mots Clé:** Grossesse chez la femme toxicomane; Modèle d'intervention; Description rétrospective.

**Abstract:** The authors, after the presentation of the intervention model in the pregnant drug addicted women in Drug Addiction Treatment Centres (CAT) Conde [Porto] - maternal unit, characterise a sample of 105 women supported in this unit between 1996/1999 (social - professional situation; guiding procedures; present and past obstetrical history; drug abuse history; HIV infection; treatment enrolment; delivery and new-born data) and make a reflection over the results.

**Key Words:** Pregnant drug users; Intervention model; Retrospective characterisation.

## Caracterização de uma amostra de mulheres grávidas toxicod dependentes - A experiência do CAT do Conde

Irene Flores(\*) e José Manuel Calheiros(\*\*)

### Introdução

Se a toxicod dependência e a sua abordagem levantam questões de manifesta complexidade, a adição a drogas, em mulheres grávidas, vem agravar esta problemática pelas repercussões que a droga exerce quer na mulher, quer no feto e recém-nascido. Riscos acrescidos de aborto, de parto prematuro, de sofrimento fetal, de síndrome de abstinência no recém-nascido, são algumas das complicações conhecidas.

*"Toxicomania não é sinónimo de infertilidade. Frequente, sim, é a gravidez só tardiamente ser suspeitada. A amenorreia frequente nas mulheres toxicómanas facilita a denegação, e esta só se quebra perante evidências irrecusáveis. Depois, já é tarde, o mal já está feito, agora já não vale a pena parar; o síndrome de abstinência é mais perigoso para a criança. A racionalização justifica a continuação do consumo. E ainda há tudo o resto, a falta de apoio social, a incapacidade de estabelecer uma rotina incorporando às suas necessidades as necessidades do seu bebé, o sentimento de falência no seu papel de mãe, a culpabilidade.*

*O que é a causa, o que é a consequência ?" (Irene Flores, 1991).*

O exercício de funções no Centro de Estudos e Profilaxia da Droga (CEPD) Norte, Instituição que, pela primeira vez no País, prescreveu no tratamento de dependentes de opiáceos o Cloridrato de Metadona confrontou-nos com uma realidade clínica em que as grávidas toxicod dependentes eram uma parte a merecer, pareceu-nos, uma abordagem diferenciada. Assim, na sequência de uma proposta de trabalho nesta área (1990) é criada a Unidade de Apoio a Grávidas Toxicod dependentes (UAGT) que em 1995 vai dar origem ao Centro de Atendimento a Toxicod dependentes (CAT) do Conde, no Porto.

Dotado de espaço físico próprio e de equipa multidisciplinar o CAT do Conde é uma Unidade vocacionada para apoiar,

em regime ambulatorio, mulheres toxicodependentes nos períodos pré e pós-natal e é responsável por uma área assistencial sobreponível à da Direcção Regional do Norte (DRN) do Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT).

As doentes podem directamente a ele recorrer mas, frequentemente, o encaminhamento é feito por outras Instituições, principalmente Serviços de Obstetrícia e outros CAT's.

No primeiro contacto, e antes do acolhimento administrativo, é confirmada a pertinência do pedido, obtém-se a história de consumos, efectua-se um teste de gravidez e uma pesquisa de metabolitos de heroína, cocaína, benzodiazepinas e *cannabis* na urina. É também neste momento que é requisitada uma bateria de análises nas quais constam, para além de outras, as serologias da hepatite B/C, HIV 1 e HIV 2 e V.D.R.L., após o que se procede à marcação de uma primeira consulta num prazo que não excede uma semana. Esta primeira consulta é constituída por duas fases:

Numa primeira fase, estruturada, aplicamos por rotina várias escalas: Inventário de apoio social (SSM); Questionário pré-natal e pós-natal de adaptação das atitudes maternas (MAMA); Índice de graffar (caracterização sócio-profissional); Índice de auto avaliação de ansiedade de Zung e Inventário depressivo de Beck.

Numa segunda fase, fazemos a colheita dos antecedentes médicos e pessoais procurando obter uma informação, o mais exhaustiva possível, dos padrões de consumo de drogas e correlacionar estes padrões com a história obstétrica actual. Os sentimentos face à gravidez, as hipóteses de aborto, de entrega para a adopção, o desejo de assumir a criança, as expectativas em relação ao tratamento são aspectos que também não descuramos. É ainda nesta fase que se avalia a rede de suporte da doente dando particular atenção ao progenitor masculino (história de consumo de drogas, problemas legais, situação laboral).

Estes dados são obtidos pelos cuidadores que irão assumir a doente durante o seu percurso institucional (médico/assistente social ou médico/psicólogo/assistente social) e cabe a estes elementos informar a doente sobre o funcionamento da Unidade assim como a apresentação da situação à totalidade da Equipa (um psiquiatra, dois pedopsiquiatras, quatro enfermeiros, três psicólogos, três assistentes sociais) que definirá e avaliará a estratégia terapêutica.

A totalidade das mulheres que nos procura é *consumi-*

*dora de heroína* e é hoje unanimemente reconhecido que o tratamento de eleição da díade mãe-filho é o Cloridrato de Metadona. Um tratamento com narcótico substituto pode prevenir infecções subseqüentes às modalidades de consumo (hepatites, septicémias, sida), aos estilos de vida (doenças venéreas), e o síndrome de privação. A dose, diariamente prescrita, deverá ter como objectivo o controlo dos sintomas de privação e, idealmente, a paragem dos consumos. A toma (de segunda a sexta-feira) na Instituição, é um momento que favorece a vinculação e para isso muito contribui a disponibilidade do pessoal de enfermagem para ouvir, securizar, aconselhar, confrontar... Flexibiliza-se, no entanto, o Programa (toma no domicilio uma ou mais vezes por semana) caso a doente tenha análises de metabolitos negativas, uma boa adesão à terapêutica, estilo de vida estável e companheiro em tratamento.

A desintoxicação muito raramente é possível quer pelos riscos de aborto e parto prematuro, se efectuada no primeiro e terceiro trimestre da gravidez, quer por outros condicionamentos que frequentemente a tornam inviável - perturbação psiquiátrica grave concomitante, ausência de rede de suporte, manifesta dificuldade em alterar padrões de consumo que se pode inferir pela positividade, para metabolitos de drogas não prescritas, nas análises semanalmente efectuadas após a entrada em tratamento. A existência de uma cama, na Instituição, permite que quando indicado, a desintoxicação seja feita em regime de internamento parcial assim como a utilização de medicação, nomeadamente antidepressiva, por perfusão endovenosa.

Sublinhe-se que o tratamento farmacológico é sempre instituído num contexto de abordagem psicossocial, quer individual, quer grupal.

Complexa é uma relação terapêutica com uma mulher que está grávida, que é investida com todo o afecto de uma mãe idealizada e que, no entanto, pelo seu comportamento tantas vezes provocatório não é conforme a essa imagem. Da boa à má mãe, da atracção à rejeição, mais ou menos explícita pela equipa terapêutica, é curta a distância caso a equipa não seja capaz de descodificar qual o significado das recaídas, da não adesão, das mentiras, da sedução....

Os grupos de discussão, de frequência semanal, possibilitam, a nosso ver, a existência de um espaço em que o apoio mútuo, a partilha de experiências, de angústias, de

alegrias, a confrontação, pode ser enriquecedora. Temas como a gravidez, o consumo de drogas e suas consequências para o bebê, a alimentação, cuidados pré e pós natal, insegurança em assumir o papel maternal, são os que espontaneamente mais surgem.

Grupos, com uma vertente mais pedagógica, versando temas como alterações fisiológicas da gravidez, parto, banho, alimentação, vestuário, saber como reconhecer o síndrome de privação inicial e tardio e ter estratégias para lidar com ele, fazem parte do projecto terapêutico de todas as mulheres. Procura-se, no sentido de melhorar a eficácia destes grupos, que tem como principal objectivo aumentar as competências parentais, estimular a aprendizagem pelo treino.

A adesão das doentes às actividades propostas está facilitada pela existência de uma sala, designada por "sala dos bebés", na qual estes podem permanecer durante a ausência das mães. Esta sala, além desta função, sobretudo útil para aquelas mulheres sem rede de suporte ou com esta disfuncional, é também um espaço privilegiado de observação dos bebés, do seu estado físico e de desenvolvimento, dos seus padrões de interacção quer com outros meninos, quer com a própria mãe. O Projecto VIDA através da Associação de Ludotecas do Porto tem vindo (desde 1998) a apoiar um projecto de animação lúdico-pedagógico da "sala dos bebés" e da sala de espera das utentes.

Nesta problemática a prestação de cuidados terá que inevitavelmente passar por uma abordagem multidisciplinar e se os pressupostos básicos em que esta deverá assentar (*staff* não culpabilizante nem punitivo; não veiculação de resoluções mágicas para a toxicod dependência; disponibilidade) nos parecem claros, também para nós é claro que só através de uma boa articulação entre os vários Serviços envolvidos, favorecendo a troca de informações, a rapidez e flexibilidade de resposta, a responsabilização mútua das equipas, se poderá intervir de um modo minimamente eficaz. Só uma estreita colaboração interinstitucional permite a fácil referência dos casos identificados e o comprometimento efectivo, nas suas áreas de competência, dos diferentes intervenientes. É dentro desta perspectiva que cremos ter sido possível estabelecer relações estreitas com Serviços de Obstetrícia, Ginecologia, Pediatria e de Infecçiology, assim como com o Serviço Social de outras instituições.

Desta articulação é exemplo o "Projecto Integrado de Assistência à Grávida Toxicod dependente", Maternidade Júlio Dinis/CAT do Conde. Este Projecto tem como objectivo principal, mediante a prestação de cuidados pré e pós natais adequados, a diminuição da morbidade e mortalidade perinatal e infantil. Para a prossecução deste objectivo criaram-se equipas de referência nas diferentes valências envolvidas, procedeu-se à sua especialização na área da gravidez/toxicod dependência e, regularmente, faz-se a avaliação, da eficácia da intervenção em reuniões mensais em que todos os elementos das equipas participam. No âmbito deste Projecto, funciona nas nossas instalações, uma consulta assegurada por Pediatras da Maternidade Júlio Dinis e destinada a crianças entre os 3 e os 10 anos. Tal consulta permite um melhor conhecimento das repercussões do uso de drogas, no período pré-natal, no desenvolvimento psicomotor das crianças, assim como a avaliação do seu estado de saúde. Contributo importante para esta avaliação são as visitas domiciliárias por elementos da equipa.

Foi ainda possível criar uma consulta de Planeamento Familiar, no CAT do Conde, aberta a toda a população feminina em tratamento nos CAT's da Região Norte. Tal medida veio aumentar a adesão das mulheres a estas consultas. Enquanto CAT Conde, a nossa articulação não se faz apenas com os Serviços de Obstetrícia e Pediatria, mas também com a Segurança Social, Instituto de Emprego e Formação Profissional, Vida Emprego, Amas, Creches, Infantários, Escolas e Tribunais.

O estudo social das nossas doentes, e da sua rede de suporte, evidencia frequentemente uma baixa escolaridade, desemprego, proventos associados a actividades ilegais como única fonte de rendimento e toxicod dependência do companheiro. Temos assim um sistema esgotado e fragilizado incapaz de por si só responder às necessidades. O apoio da Segurança Social influenciará tantas vezes o sucesso da nossa intervenção. Dele dependerá também a integração da criança em amas, creches ou infantários, o que permitirá à mãe ter disponibilidade para o exercício de uma actividade e, à criança, alargar a rede social de apoio.

A criança que é no momento o foco da nossa intervenção é muitas vezes uma de entre os vários filhos das "nossas mulheres". Estes também são objecto das nossas preocu-

pações. Assim, procuramos avaliar da existência de registo de nascimento, dados respeitantes ao cumprimento do calendário de vacinação, regularidade da frequência das consultas de pediatria, situação escolar e quando parece justificar-se, para uma mais correcta avaliação, solicita-se a colaboração da Pedopsiquiatria.

Tem-se consciência que os recursos existentes na comunidade não se esgotam nas Instituições e assim tentamos animar outros espaços de socialização como sejam passeios ao ar livre, visitas a museus, comemoração de datas festivas, fomentando a participação activa das nossas utentes, assim como abrindo estas actividades aos seus filhos e companheiros.

Paralelamente ao trabalho clínico tem-se desenvolvido investigação nesta área. Presentemente em parceria com o Departamento de Saúde Comunitária do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Partilhar a informação que se tem ao longo dos anos vindo a colher poderá ser um contributo, que se pensa pertinente, para uma reflexão centrada na toxicodependência na gravidez.

Neste primeiro artigo, propomo-nos apresentar resultados descritivos da caracterização de uma amostra do total das mulheres admitidas no período em estudo (1996/1999).

## Método

### Sujeitos

A amostra é constituída por 105 mulheres grávidas toxicodependentes admitidas entre 1996 e 1999 nesta unidade, de um total de 214 mulheres acompanhadas neste período(1).

### Procedimento

Os dados utilizados foram colhidos nos registos dos processos individuais, primeiras consultas e de seguimento. Foram recolhidos dados referentes à:

#### 1. Situação sócio-profissional

Idade; caracterização sócio-profissional pelo Instrumento de Avaliação Graffar [a escala varia desde um nível sócio-profissional mais elevado (I) a um nível mais baixo (V)]; ocupação; habilitações; estado civil; agregado familiar.

#### 2. Tipo de encaminhamento

Outras Instituições de Saúde, outros CAT's; moto próprio.

#### 3. HIV

Mulheres seropositivas aquando da entrada em tratamento.

#### 4. História obstétrica actual e passada

Tempo de gestação aquando da primeira consulta; gestações anteriores; planeamento da gravidez ; paridade.

#### 5. História de consumo de drogas

Idade de início dos consumos; anos de consumo; tipo de drogas consumidas aquando do pedido de apoio (análise de metabolitos na urina).

#### 6. Adesão ao tratamento

Número de abandonos (3 dias de falta ao tratamento é considerado abandono); consumo de drogas não prescritas após a entrada em tratamento (análises semanais de metabolitos na urina) durante a gravidez; faltas ao tratamento farmacológico; adesão às consultas de obstetrícia.

#### 7. Parto e recém-nascido

Semanas de gestação, aquando do parto; tipo de parto; abortos e nados-mortos; sexo dos bebés; peso dos bebés; síndrome de privação nos bebés.

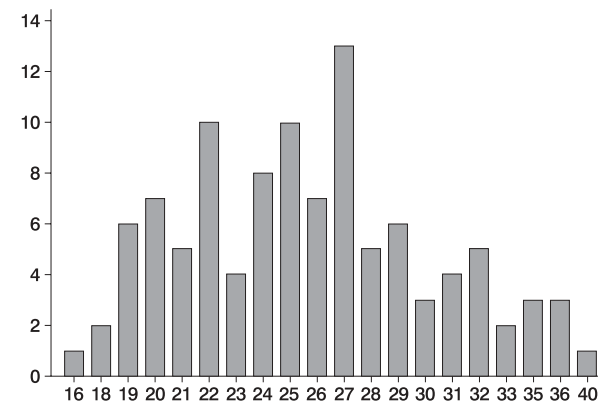
Na análise estatística considera-se um nível de significância de 5% e utilizou-se na comparação dos grupos o teste de *Mann-Whitney*.

## Resultados

### 1. Situação sócio-profissional

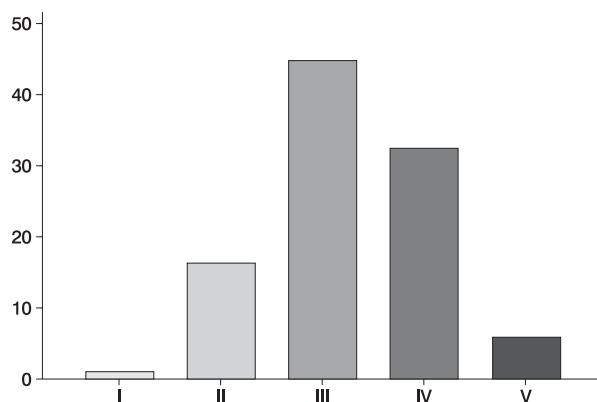
A idade média da amostra é de 25,7 anos ( $dp = 4,7$ ), com idades compreendidas entre os 16 e os 40 anos, frequência máxima de 27 anos (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Idade



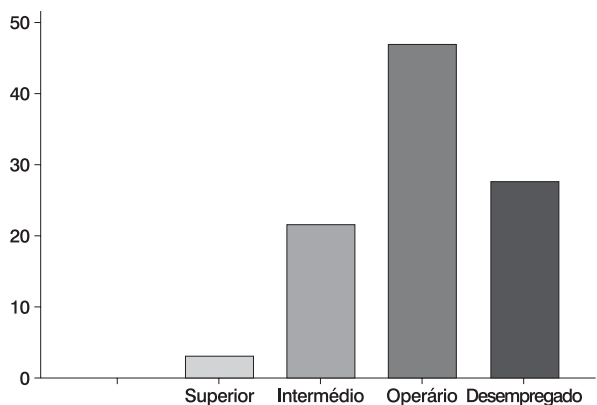
Dos valores obtidos na **categorização sócioprofissional** (Graffar), verificamos que a categoria intermédia III, recolhe o maior número de casos (44,8%), seguida da categoria IV com 32,4% (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Graffar



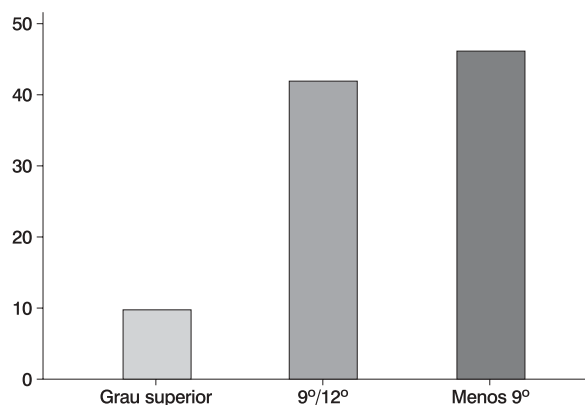
Na **ocupação**, classificada em quatro categorias (quadro superior; intermédio; operário e desempregado) o maior número de mulheres encontra-se na categoria de operário (47,4%), seguida da categoria de desempregado (27,8%) (Gráfico 3).

Gráfico 3 - Ocupação



Quanto às **habilitações** verifica-se que 46,9% das mulheres não tem a escolaridade obrigatória (9º ano), e em 42,9% a escolaridade situa-se entre o 9º ano e o 12º ano. A distribuição agrupa três categorias: grau superior; 9º ano ao 12º ano; menos que a escolaridade obrigatória (Gráfico 4).

Gráfico 4 - Habilitações

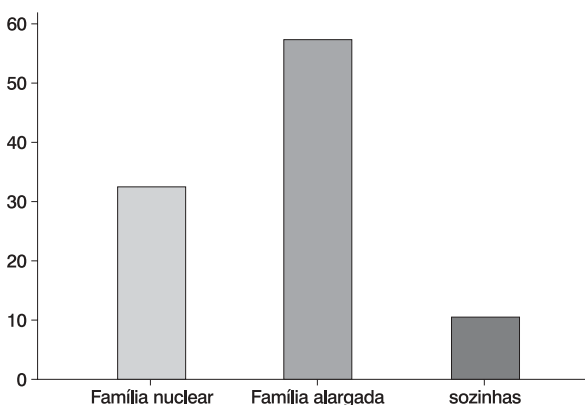


Relativamente ao **estado civil**, 62,5% mulheres são casadas ou vivem maritalmente e 37,5% são solteiras, divorciadas ou viúvas.

Apenas 7,6% destas mulheres não mantêm qualquer relação com o pai da criança.

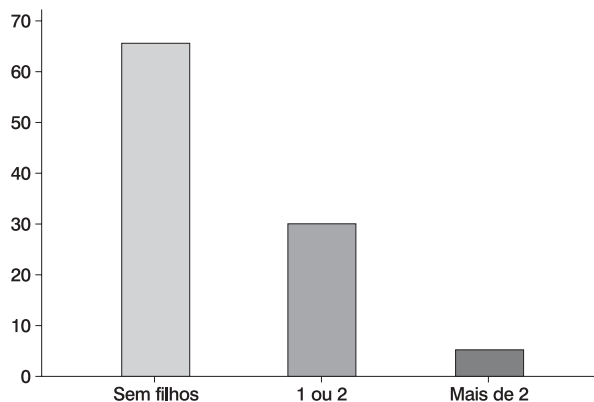
**Tipologia familiar;** 57,1% das mulheres estão na família alargada, 32,4% na família nuclear e 10,5% vivem sozinhas (Gráfico 5).

Gráfico 5 - Tipologia Familiar



Quanto à **paridade**, 65,4% das mulheres não tinha filhos aquando da admissão no CAT do Conde, 29,8% tinham um ou dois filhos, 4,8% mais de dois filhos (Gráfico 6).

**Gráfico 6 - Paridade**



## 2. Tipo de encaminhamento

Quanto ao pedido de apoio ao CAT do Conde, 80% das mulheres foram encaminhadas por outra Instituição (Serviços de Obstetrícia; Médicos de Família; outros CAT's), 20% procuraram tratamento por moto próprio.

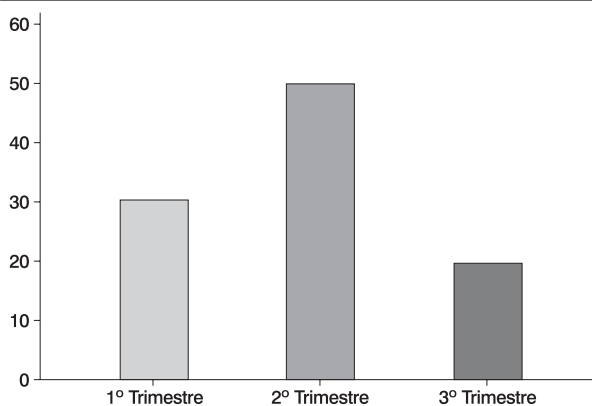
## 3. HIV

Aquando da admissão, 7,6% das mulheres tinham serologia positiva para o HIV I, não havendo casos de HIV II.

## 4. História obstétrica actual e passada

Aquando da primeira consulta no CAT do Conde, 50% das mulheres estavam no 2º trimestre da gravidez, 30,4% no 1º trimestre da gravidez e 19,6% no 3º trimestre da gravidez (Gráfico 7).

**Gráfico 7 - Tempo de Gestação**



89% das mulheres não planejaram a sua gravidez, enquanto 11% referem ter planejado a gravidez. 65,4% das mulheres são primíparas e 34,6% são múltiparas.

## 5. História do Consumo de drogas

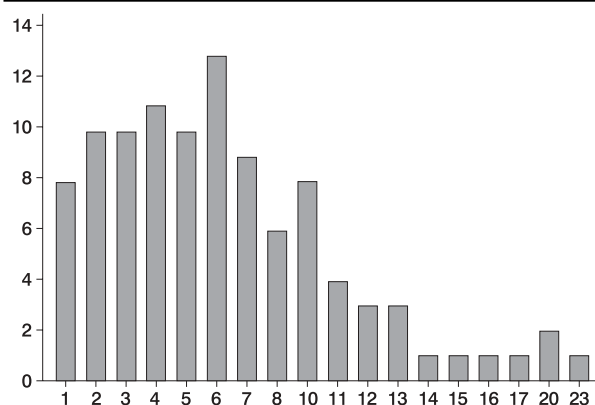
A idade de início dos consumos apresenta o valor médio de 19 anos ( $dp = 4,5$ ).

63,8% das mulheres iniciou os consumos depois dos 18 anos e 36,2% antes dos 18 anos.

Aquando do pedido de entrada no CAT, o tipo de droga consumida era em 55,2% das mulheres só heroína e 44,8% mais que um tipo de substâncias (heroína+cocaína e/ou cannabinóides).

Os anos de consumo revelam uma média de 6,5 anos, sendo a frequência maior nos 6 anos (máximo de 23 anos e mínimo de 1 ano), (Gráfico 8).

**Gráfico 8 - Tempo de Consumo**

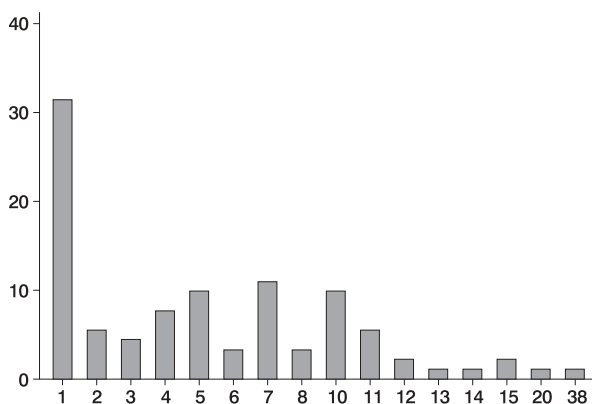


## 6) Adesão ao tratamento

73% das mulheres mantêm-se em tratamento. As análises para metabolitos de drogas não prescritas são positivas em 68,8%.

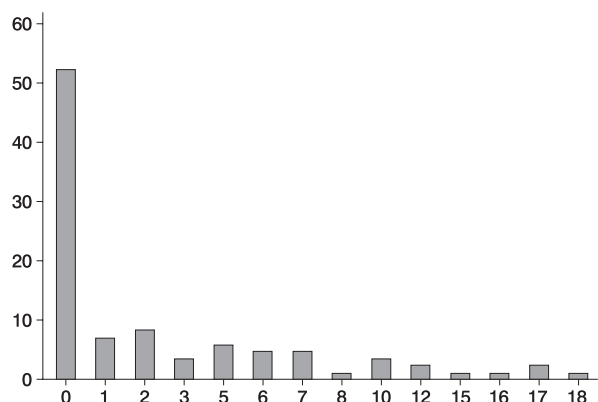
A média de análises positivas é de 4,6, com uma mediana de 4, sendo a maior frequência para análises negativas (Gráfico 9).

**Gráfico 9 - Metabolitos Positivos**



As faltas ao apoio farmacológico (cloridrato de metadona) durante a gravidez, apresentam um valor médio de 3 (mediana = 0); a maior frequência é zero (mínimo 0 e máximo de 18), (Gráfico 10).

Gráfico 10 - Faltas



Tendo em conta o tipo de encaminhamento verificou-se que o grupo de mulheres que entrou por moto próprio apresentou mais faltas ao apoio farmacológico (Teste de Mann-Whitney,  $p=0,034$ ), (Quadro A).

Quadro A - Tipo de encaminhamento e faltas ao apoio farmacológico.

	Faltas			
	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Amplitude Interquartilica
Encaminhada	0	18	2,47	3,50
Moto Próprio	0	17	4,89	7,75

O grupo de mulheres que consumiu durante a gravidez, também apresenta maior número de faltas ao apoio farmacológico (Teste de Mann-Whitney,  $p=0,002$ ), (Quadro B).

Quadro B - Consumos durante a gravidez e faltas ao apoio farmacológico.

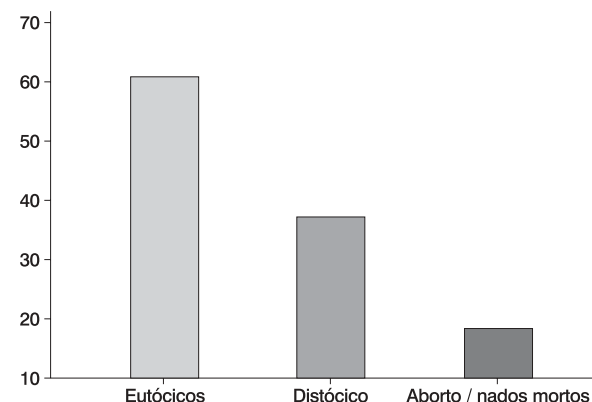
	Faltas			
	Valor mínimo	Valor máximo	Média	Amplitude Interquartilica
Não Consumo	0	6	0,50	0,25
Consumo	0	18	3,74	6,00

Acompanhamento obstétrico ao longo da gravidez; adesão de 98% nas mulheres que não abandonaram o tratamento (73%).

## 7) Parto e recém-nascido

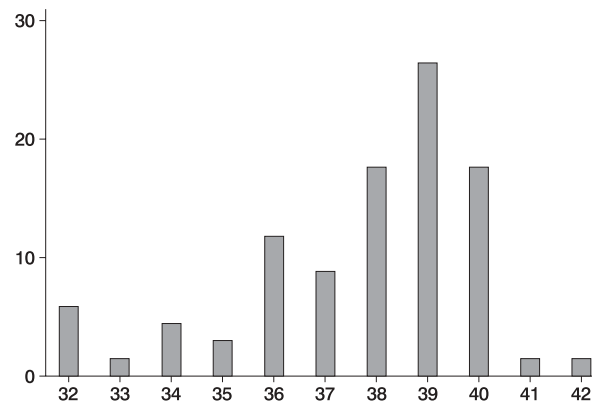
Tipo de parto: 59% partos eutócicos, 31,3% distócicos e 9,6% abortos/nados-mortos (6 abortos e 2 nados-mortos), (Gráfico 11).

Gráfico 11 - Partos



Semanas de gestação no parto; média de 37,7 semanas (mínimo de 32 semanas e máximo de 42 semanas), moda de 39 semanas. 64,7% dos partos foram de termo (Gráfico 12).

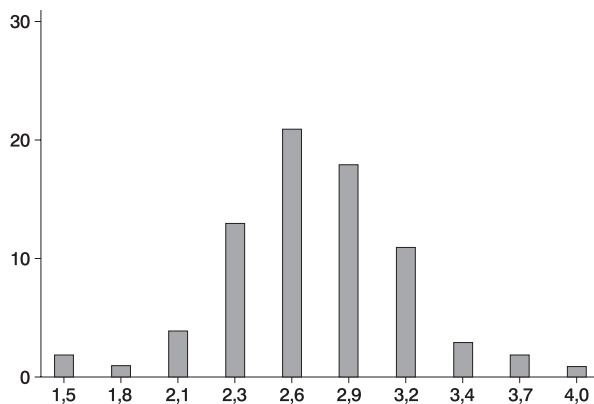
Gráfico 12 - Semanas de Gestação



A distribuição das crianças por sexo é semelhante; 51,8% dos bebés são do sexo feminino e 48,2% do sexo masculino.

Peso dos bebés; a média é de 2,7 Kg, ( $dp=0,47$ ) moda de 2,5 Kg (máximo de 3,9 Kg e mínimo 1,4 Kg). Em 73,6% dos casos o peso encontra-se acima dos 2,5 kg (Gráfico 13).

Gráfico 13 - Peso



74% destes bebés apresentaram síndrome de privação.

## Discussão e Conclusões

O CAT do Conde, Unidade da Direcção Regional Norte do SPTT, localizada no Porto, é um serviço de ambulatório onde uma equipa técnica multidisciplinar, em relação estreita com os outros Serviços da Comunidade, faz o acompanhamento de acordo com o modelo biopsicossocial, da mulher toxicodependente no período pré e pós-natal.

Caracterizar a população que recorre a este serviço é uma forma de melhor a conhecer e assim poder responder mais adequadamente às suas necessidades.

A população estudada (49% do total das utentes) apresenta as seguintes características: a média das idades é de 25,7 anos e apenas um caso tem menos de 18 anos; 42,9% não tem a escolaridade obrigatória; 27,8% estavam desempregadas; 47,4% tinham empregos não qualificados; 38,1% das mulheres situavam-se nas categorias IV e V da caracterização Sócio - Profissional Graffar.

- 34,6% das mulheres tinham já outros filhos aquando desta gravidez; 57,1% viviam em família alargada; 62,5% eram casadas ou viviam maritalmente e só 7,6% não tinham qualquer relação com o pai da criança.

- A admissão ao tratamento em 69,6% dos casos fez-se no 2º e 3º trimestre de gravidez; em 89% dos casos esta não foi planeada e em 20% o primeiro contacto foi por moto próprio.

- 7,6 % desta população tinha serologia positiva para o HIV I. O tempo médio de "consumos" aquando do pedido era

de 6,5 anos; em 63,8% dos casos o início do consumo de drogas foi depois dos 18 anos e todas as mulheres consumiam heroína isolada ou associada a outras drogas.

Após a entrada em tratamento 68,8% das mulheres mantiveram análises positivas para metabolitos de drogas não prescritas e 27% do total da amostra abandonaram o tratamento. O número de faltas ao tratamento farmacológico é maior no grupo das que foram admitidas por moto próprio e naquele que durante a gravidez teve análises positivas a metabolitos de drogas não prescritas.

De realçar que após terem sido admitidas no programa a adesão ao acompanhamento obstétrico no grupo que não abandonou o tratamento, foi de 98%.

As crianças, na grande maioria, nasceram de termo e com mais de 2,5 Kg; é de destacar que 74% destas crianças apresentaram síndrome de privação, que reverteu em alguns casos sem recurso a intervenção farmacológica.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados noutras caracterizações deste tipo de doentes em Portugal, nomeadamente o estudo de Irene Flores e colaboradores (1995), no que concerne ao nível etário, estado civil, situação profissional e drogas de consumo; e ainda para a caracterização de grávidas toxicodependentes e integradas em tratamento relativamente ao nível etário, estado civil, coabitação, número de gravidezes, tipo de consumo (heroína isolada ou em associação), tempo de gravidez aquando do pedido de apoio, tempo de gestação aquando do parto, tipo de parto e peso dos recém-nascidos, efectuado por Martins e colaboradores (1999).

Da reflexão sobre estes dados ressalta a situação sócio-profissional da grande maioria das mulheres com baixos recursos económicos e suporte familiar e social fragilizado a que se associa frequentemente companheiro consumidor e ele mesmo a necessitar de apoio.

O tempo que medeia entre o início dos consumos e a procura de tratamento é de 6,5 anos o que facilita a desorganização da vida familiar e profissional e a adopção de estilos de vida que aumentam o risco de vir a adquirir patologia infecto-contagiosa.

Os anos de consumo, sem tratamento e acompanhamento médico, parecem-nos poder ser também responsáveis pelo grande número de gravidezes não planeadas. A amenorreia muitas vezes associada aos consumos veicula a ideia de infertilidade, desvalorizando a importância



do planeamento familiar.

Contrariando práticas assentes em respostas mágicas à toxicodependência, em que a gravidez é vista como possível solução para o consumo de drogas, os resultados revelam a grande dificuldade em modificar padrões de consumo apesar da adesão aos tratamentos.

Na presente avaliação 69% das doentes apresentam marcadores positivos para drogas não prescritas durante a gravidez, enquanto Keith e colaboradores (1986) encontraram 80% das mulheres com consumo positivo pelo menos uma vez durante este período e uma larga percentagem com consumos múltiplos.

Por outro lado num estudo por nós desenvolvido anteriormente (Flores *et al.*, 1995) 50% das mulheres em tratamento apresentavam análises de metabolitos positivas para drogas não prescritas no momento do parto.

Os dados relativos aos bebés, 73,5% dos quais são bebés de termo e com um peso médio de 2,7 Kg, são positivos quando comparados com os dados existentes de bebés filhos de mães toxicodependentes não integradas em tratamento onde a prematuridade e o baixo peso são mais frequentes.

Este estudo contraria estudos anteriores efectuados neste CAT que mostravam que a grande maioria das mulheres recorriam ao tratamento por moto próprio (Flores, I. 1993). Esta alteração ilustra uma melhor articulação entre os diversos serviços prestadores de cuidados envolvidos nesta problemática. ■

Contacto:

Dra. Irene Flores

CAT do Conde

R. Dr. Carlos Cal Brandão, 128 - 4050 Porto

Tel.: 22 6067963

Fax: 22 6090214

#### Notas

(\*) Directora do CAT do Conde

(\*\*) Professor Catedrático do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.

(1) Por insuficiência de registo, e dado se tratar de uma recolha retrospectiva, foi possível apenas em 105 mulheres recolher nos processos clínicos a informação que pretendíamos tratar.

---

#### Colaboradores

Alice Silva - Enfermeira (CAT do Conde)

Ana Magalhães - Psicóloga (CAT do Conde)

Emília Galvão - Pedopsiquiatra (CAT do Conde)

Glória Pimentel - Psicóloga Clínica (CAT do Conde)

Maria Eduarda Matos - Técnica Superior Principal do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar

Maria Olívia Santos - Assistente Social (CAT do Conde)

Miguel Carvalho - Psicólogo Clínico (CAT do Conde)

Mónica Salgado - Pedopsiquiatra (CAT do Conde)

Patrícia Carvalho - Enfermeira (CAT do Conde)

Paula Coelho - Assistente Social (CAT do Conde)

Sandra Padrão - Assistente Social (CAT do Conde)

## Referências Bibliográficas

Flores, I. (1991). *Mulher Grávida Toxicodependente: Um modelo de abordagem*. Comunicação apresentada nas "Jornadas de Saúde Materno Infantil", Porto, Portugal.

Flores, I. *et al.* (1993) *Problemática da toxicodependência e gravidez*. Comunicação apresentada no 1º Encontro Multidisciplinar: "Toxicodependência e Gravidez", Maia, Portugal.

Flores, I. *et al.* (1995). "Toxicodependência, Epidemiologia e Morbilidade e Mortalidade Neonatal e Infantil - Projecto de Investigação Aplicada". *Toxicodependências*, 1 (3): 37- 44.

Keith, L. *et al.* (1986). "Obstetric Aspects of Perinatal Addiction". In *Lancaster*: MTP Press Limited.

Martins, M. *et al.* (1999). "Estudo de Grávidas Toxicodependentes em Programa com Metadona no CAT das Taipas". *Colectânea de Textos das Taipas*, XI: 81-86.

---

## Bibliografia Consultada

Brindis, C. *et al.* (1997). "California's Approach to Perinatal Substance Abuse: Toward a model of comprehensive care". *Journal of Psychoactive Drugs*, 29 (1): 113-122.

Flores, I. (1997). Maternidade e "Toxicodependência". In *I Congresso Internacional-Toxicodependência no Feminino* (resumo). Sintra: REVIVER (Associação de Solidariedade Social e Reabilitação de Mulheres Toxicodependentes).

Martin, A. (1986). "Methodologic Issues in *Investigations in Drug Abuse in Pregnancy*". In *Drug Abuse in Pregnancy: Mother and Child*. *Lancaster*: MTP Press Limited.

Pandya, V. (1999). "Promotion of Maternal and Child Health: A path model of care for substance using pregnant women". *Journal of Primary Prevention*, 19 (4): 297-314.

*Recommendations for Treatment and Care of Drug-Using Young and Future Parents and their Children*. (1997). International Drug Abuse Network, nº 9.