

## Filhos de Toxicodependentes

JOANA MESQUITA<sup>(1)</sup>, NÉLIA BENTO<sup>(2)</sup>, PITORRA MONTEIRO<sup>(2)</sup>, FÁTIMA NEGRÃO<sup>(3)</sup>

*Unidade de Intervenção Precoce Maternidade Bissaya Barreto*

### Resumo

**Introdução:** As grávidas toxicodependentes e os seus filhos estão sujeitos a riscos obstétricos e pediátricos acrescidos devido à acção directa das drogas e ao resultado de comportamentos de risco das mães. A Unidade de Intervenção Precoce (UIP) da Maternidade Bissaya Barreto tem seguido estes casos nos últimos anos.

**Objectivo :** Avaliar a actuação da equipe da UIP na vigilância pré e pós natal das grávidas toxicodependentes e dos seus filhos.

**Material e métodos:** Foi feito um estudo descritivo cujo método de colheita de dados foi retrospectivo dos processos de grávidas e recém nascidos entre os anos de 1996 e 2000.

Foram colhidos dados referentes à gravidez (idade da mãe, proveniência, idade gestacional da 1ª consulta, número de consultas e de internamentos, terapêutica e doses utilizadas e patologia infecciosa associada), parto (idade gestacional, analgesia, tipo de parto e presença de mecónio) e criança (peso de nascimento, Apgar aos 5 minutos, patologia neonatal, duração do internamento, tipo de alimentação na alta e duração do aleitamento materno, dados relativos à assiduidade ao follow up, destino inicial e final das crianças.).

**Resultados:** Encontrámos 123 crianças filhas de mãe toxicodependente. 18% foram prematuros e 4,8% tiveram atraso de crescimento intra-uterino. 22% dos recém nascidos desenvolveram Síndrome de privação. 82% teve alta para o domicílio com a mãe e em 70% dos casos com aleitamento materno exclusivo. 46% das crianças faltaram às consultas

**Discussão:** As taxas de prematuridade, ACIU e Síndrome de privação foram mais baixas que as descritas na literatura. Tivemos 46% de faltas às consultas de follow up. Sugere-se um maior apoio após a alta nomeadamente apoio domiciliário e maior articulação com os centros de saúde.

**Palavras-chave:** recém nascido, síndrome de privação, aleitamento materno

### Summary

#### Infants Born to Addicted Mothers

**Introduction:** Pregnancy in a drug addicted woman is a high-risk condition which requires an interdisciplinary attention.

**Objective:** To report the experience with infants born to narcotic addicted mothers between 1996 and 2000 in Bissaya Barreto Maternity Hospital.

**Methods:** The medical records of 123 newborns and their drug-addicted mothers were analysed retrospectively.

**Results:** Of the 123 newborn infants exposed before birth to narcotics 18% were born prematurely, 4,8% were small for date (< 10<sup>th</sup> percentile) and 22% had neonatal abstinence syndrome. 82% were discharged from neonatal unit together with their mother and 70% were exclusively breast-fed. 46 % were lost to follow up.

**Discussion:** Incidence of prematurity, small for date and neonatal abstinence syndrome was lower than reported by other authors. The high incidence of infants lost to follow up emphasises the need for a better support program directed to children and mothers after discharge from hospital.

**Key-words:** neonate, neonatal abstinence syndrome, breast feeding.

### Introdução

A gravidez em dependentes de drogas ilícitas acompanha de perto o crescimento preocupante do fenómeno da toxicodependência no feminino.

As mulheres ganham progressivamente um lugar antes

(1)- Hospital Pediátrico de Coimbra

(2)- Serviço de Obstetrícia da Maternidade Bissaya Barreto de Coimbra

(3)- Serviço de Neonatologia da Maternidade Bissaya Barreto

predominantemente masculino. São caracteristicamente jovens, com má adesão a métodos contraceptivos e na grande maioria dos casos com comportamentos de risco paralelos.

Aliado a estas características sobrevêm alterações no ciclo genital que não permitem o reconhecimento precoce da gravidez.

Os objectivos da vigilância pré-natal neste grupo, para além dos que seriam normais para todas as mulheres, visam fundamentalmente proteger o feto e depois o recém-nascido das consequências directas da exposição às drogas, assim como referenciar e promover a sua protecção face aos possíveis comportamentos negligentes dos pais.

As grávidas toxicodependentes e os seus filhos estão sujeitos a riscos acrescidos que justificam uma vigilância mais cuidada. Estão descritas várias complicações obstétricas associadas ao consumo de drogas ilícitas tais como: o aborto espontâneo ou a morte fetal, a insuficiência placentar, o descolamento da placenta, a corioamnionite e a rotura prematura de membranas. Nos filhos de toxicodependentes há uma incidência aumentada de atraso de crescimento intra-uterino, prematuridade e líquido amniótico meconial pré parto. O trabalho de parto é muitas vezes complicado pela existência de sofrimento fetal agudo. Não podemos esquecer que à toxicodependência se associam muitas vezes outros factores de risco tais como os problemas socioeconómicos, a malnutrição e as infecções de transmissão sexual que podem vir agravar o prognóstico materno-fetal.

A vigilância pré-natal assenta sobretudo na grande disponibilidade e acessibilidade. Na grande maioria dos casos trata-se de consumo de opiáceos pelo que a introdução de um análogo opiáceo, feita em regime de internamento ou em ambulatório, reduz o ciclo de sobredosagem/abstinência, reflectindo-se no feto. O uso do análogo reduz ainda os comportamentos de risco e promove uma maior adesão à vigilância pré-natal. É essencial uma vigilância ecográfica cuidadosa para despiste de malformações e vigilância do crescimento fetal e ainda a detecção precoce dos sinais de sofrimento fetal<sup>(1;2;3)</sup>. A articulação com os Centros de Apoio a Toxicodependentes (CATs) é obrigatória. Este interlocutor é imprescindível nos dois sentidos de orientação, primeiro das grávidas para os cuidados pré-natais, depois das mães quando da alta hospitalar.

Do ponto de vista pediátrico, os efeitos mais frequentemente atribuídos às drogas no recém nascido, para além dos problemas sociais e familiares associados, são um maior risco de atraso de desenvolvimento e de morte súbita do latente e o síndrome de privação<sup>(3;4;5)</sup>. Este tem uma incidência variável entre 50 a 80 % segundo as séries com um início dos sintomas a ocorrer entre as 42 e 72 horas pós parto (7 a 14 dias no caso da metadona)<sup>(4)</sup>. A sin-

tomatologia é extremamente diversificada podendo atingir o Sistema Nervoso Central (irritabilidade, tremores, convulsões...), digestivo (vómitos, sucção excessiva...), respiratório (polipneia, dificuldade respiratória...), sintomas vasomotores e metabólicos<sup>(4)</sup>. Estes parâmetros fazem parte da Escala de Finnegan, um dos meios standardizados de vigiar o síndrome de privação.

Assim, como conclusão, poderemos dizer que a vigilância adequada de uma grávida toxicodependente e do seu filho exige o apoio de uma equipa multidisciplinar, uma vez que levanta uma série de problemas não só médicos como também psicológicos, sociais e familiares. Nos últimos anos a equipa da Unidade de Intervenção Precoce (UIP) da Maternidade Bissaya Barreto (MBB) composta por Obstetras, Pediatras, Enfermeiros, Psicólogos, Técnicos de Serviço Social tem seguido estes casos e foi nosso objectivo a avaliação da sua actuação na vigilância pré e pós-natal.

### Material e métodos

Foi feito um estudo descritivo cujo método de recolha de dados foi retrospectivo dos processos de grávidas e recém nascidos seguidos na UIP entre os anos de 1996 e 2000.

Foram colhidos dados referentes à gravidez (idade da mãe, proveniência, idade gestacional da 1ª consulta, número de consultas e de internamentos, terapêutica e doses utilizadas e patologia infecciosa associada), parto (idade gestacional, analgesia, tipo de parto e presença de mecónio) e criança (peso de nascimento, Apgar aos 5 minutos, patologia neonatal, duração do internamento na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) e enfermaria, tipo de alimentação na alta e duração do aleitamento materno, dados relativos à assiduidade ao follow up, destino inicial e final das crianças.).

O protocolo de actuação pediátrico actualmente em vigor na MBB consiste em manter o bebé junto da mãe sempre que possível e estimular o aleitamento materno se não houver contraindicação absoluta. É feita uma vigilância do síndrome de privação através da aplicação regular da escala de Finnegan e tentamos controlar os sintomas com meios não farmacológicos (diminuição dos estímulos sensoriais) ou farmacológicos se necessário (Fenobarbital ou Metadona). A alta é protelada até aos 7 - 10 dias ou até ao controle clínico dos sintomas de privação. Após a alta, as crianças são seguidos em consulta semanal no 1º mês, mensal até aos quatro meses, de 2 em 2 meses até ao ano de idade e de 3 em 3 meses até aos três anos. Nestas consultas é feita uma vigilância do estado de saúde, crescimento, desenvolvimento e relação mãe-filho. É feita a articulação com o CAT e Centro de Saúde assim como a sinalização à Comissão de Protecção de Menores e

Tribunal sempre que necessário.

**Resultados**

Entre os anos de 1996 e 2000 encontramos 123 crianças filhas de mães que consumiram drogas durante a gravidez. O número de casos tem tido uma tendência crescente (fig. 1).

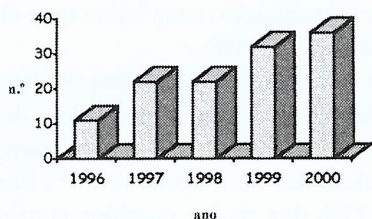


Fig. 1- Número de casos por ano

As mães têm uma média de idades de 27 anos com um mínimo de 18 anos e máximo de 39 anos. A maioria (50%) consultou-nos a primeira vez já no 2º trimestre de gestação tendo uma média de 5 consultas por gravidez (fig. 2).

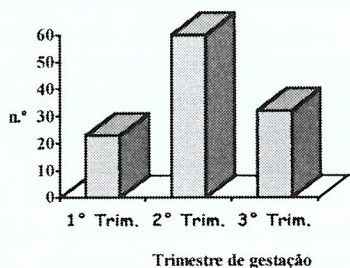


Fig. 2 - Idade gestacional da primeira consulta

Oitenta e oito mulheres iniciaram o programa da Metadona estando representado na fig. 3 os intervalos das doses utilizadas. Em vinte e quatro destas mulheres detetou-se o consumo paralelo de outras drogas pelo menos uma vez durante a gravidez. Como patologia infecciosa associada ressalta a hepatite C em 29 dos casos estudados, a infecção pelo HIV só foi encontrada em dois casos.

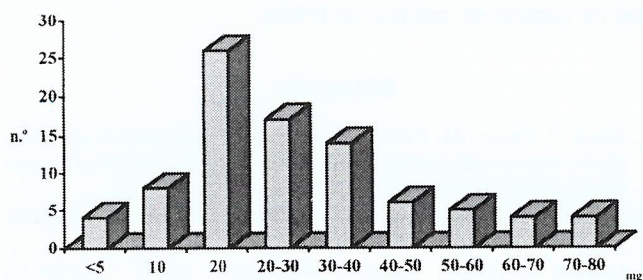


Fig. 3 - Doses administradas de Metadona

A média da idade gestacional na altura do parto foi de 37,3 semanas com um mínimo de 26 e máximo de 41 semanas (fig. 4). O parto foi eutócico em 72% e encontramos mecónio intra parto em 10 % dos casos. O peso de nascimento variou entre um mínimo de 840 g. e um máximo de 4355 g. com uma média de 2742 g. . A grande maioria (85%) teve uma boa adaptação ao meio extra uterino com um APGAR de 10 aos 5 minutos. Apenas 4 tiveram APGAR inferior a 7.

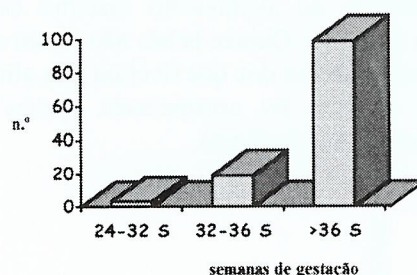


Fig. 4 - Idade gestacional no parto

Relativamente à patologia neonatal mais frequente encontrámos 22 prematuros que correspondem a 18% dos recém nascidos, e 6 recém-nascidos (4,8%) com atraso de crescimento intra-uterino (ACIU). Apenas 17% tiveram sintomas de privação na altura do internamento. Destes 21 recém nascidos, 17 fizeram terapêutica farmacológica: (15 Fenobarbital e 2 Metadona). Além desses, mais 5% tiveram síndrome de privação após a alta da maternidade.

Foram internados na UCIN 25% dos filhos de mãe toxicod dependente. Os motivos de internamento foram a prematuridade, o ACIU, a icterícia com necessidade de realização de fototerapia, a síndrome de privação e, em alguns casos, situações sociais mais complicadas A maioria dos recém nascidos (82%) estiveram internados até 10 dias, mas em cinco casos foi necessário prolongar o internamento por mais de 20 dias.

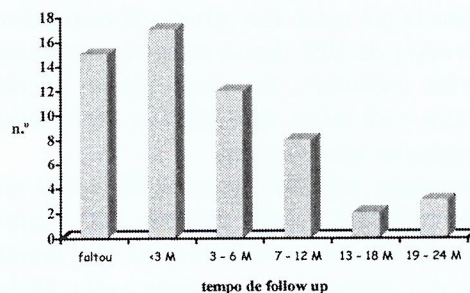


Fig. 5 - Faltas às consultas de Follow up

Setenta por cento tiveram alta com aleitamento materno exclusivo, 18% com leite materno e suplemento de leite adaptado e 12% com leite adaptado. A maioria teve alta

para o domicílio com a mãe (82%). Em 8 casos a mãe estava numa comunidade terapêutica, 8 tiveram alta para um Hospital Distrital, 5 foram internados numa instituição e 1 ficou ao cuidado dos avós.

Não conseguimos encontrar o follow-up de 4 crianças o que corresponde a 3 % do total. Faltaram ao follow-up 46% das crianças, dos quais 12% logo na primeira consulta (fig. 5). Cinquenta e um por cento ainda se mantêm em consulta ou já tiveram alta após os três anos de seguimento previstos no protocolo.

Quanto à duração do aleitamento materno esta é desconhecida em 24 casos. Quinze bebês não foram amamentados. A grande maioria dos que tiveram alta alimentados com leite materno foi amamentada apenas nos primeiros dois meses de vida (fig.6).

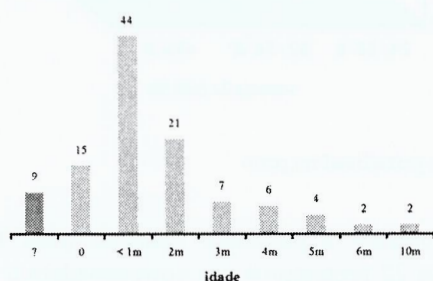


Fig. 6 - Duração do aleitamento materno

Conhecemos o destino final de 111 crianças. Destas, 73 ficaram ao cuidado da mãe, 19 com ambos os pais, 11 com os avós, 2 com uma tia e 6 foram adotados.

### Discussão:

Verificou-se um número crescente de casos nestes últimos anos que poderá ser atribuído não só ao aumento da toxicodependência mas igualmente a uma maior informação dos CATs com consequente envio à UIP. Caracteristicamente são grávidas que iniciam tardiamente a sua vigilância pré natal. Em estudos já realizados verificou-se que cerca de 50% destas mães vêm tardiamente ou nunca a uma consulta<sup>(6)</sup>. No nosso estudo encontramos 25% de casos com início de vigilância no 3º trimestre e 6,5% de gestações não vigiadas.

Os programas substitutivos com Metadona têm sido largamente estudados e, está provado que a introdução desta reduz ou elimina o uso de heroína com consequente diminuição da criminalidade associada a esta, ajudando os toxicodependentes a melhorar a sua saúde e produtividade social. Paralelamente diminuí os comportamentos de risco com diminuição da transmissão de doenças habitualmente associadas a estas situações<sup>(7,8,9)</sup>. Cerca de 70% das nossas grávidas iniciaram o programa de metadona embora 19,5%

tivessem tido um consumo paralelo de heroína.

Além de melhorar qualitativamente a vida da grávida tem sido demonstrado que o uso de Metadona reduz os problemas neonatais mais frequentemente associados com a toxicodependência nomeadamente a prematuridade, o ACIU e as infecções<sup>(3,9)</sup>. Há estudos que mostram taxas de prematuridade na ordem de 20 a 34% e de ACIU de 27 a 46 % em filhos de mães sujeitas a programas de substituição<sup>(6,10)</sup>. No nosso caso encontramos uma baixa taxa de prematuridade -18% e de ACIU - 5%

A grande maioria dos trabalhos realizados mostra taxas de síndrome de privação em filhos de mães toxicodependentes ( incluídas ou não em programas de substituição ) na ordem dos 50 a 100%<sup>( 6,10;11;12;13)</sup>. No nosso caso encontramos 22% dos recém nascidos com síndrome de privação.

Na MBB todas as grávidas toxicodependentes são encorajadas, salvo contra indicações absolutas, a amamentar os seus bebês. Assim, 70% tiveram alta com aleitamento materno exclusivo e 18% com suplemento de leite adaptado. Há já alguns estudos que demonstram as vantagens do aleitamento materno no caso específico destas crianças referindo que a quantidade de metadona que passa para o leite é mínima e consequentemente não impeditiva do aleitamento<sup>(14)</sup> chegando mesmo a sugerir o seu papel na diminuição do síndrome de privação<sup>(15)</sup>. Os nossos dados parecem corroborar esta teoria embora seja necessário a realização de estudos comparativos.

Finalmente e falando especificamente do follow-up destas crianças sabemos que este se torna muito difícil dado o contexto social onde estão inseridas. Apesar de todos os esforços tivemos 46 % das crianças com faltas às consultas de follow-up o que nos torna bastante apreensivos quanto ao estado e destino destes bebês. Sabemos que a grande maioria ficou ao cuidado da mãe sendo uma percentagem muito inferior aqueles que ficaram com pai e mãe como casal o que está de acordo com os dados da literatura<sup>(14)</sup>.

Na grande maioria das situações o apoio que é oferecido à mãe durante a gravidez não é comparável ao que é oferecido após o parto o que nos leva a sugerir um maior esforço no sentido de apoiar estas mães e crianças nomeadamente com apoio domiciliário e maior articulação com os centros de saúde e os CATs.

### Bibliografia:

1. Cayol V, Corcos M, Clervoy P, Speranza M, Pregnancy and drug abuse: current situation and therapeutic strategies. *Ann Med Interne* (Paris) 2000; 151 Suppl B: 320-6
2. Kenner C, Dreyer L, Amlung S. Identification and care of substance-dependent neonates. *J. Intraven Nurs* 2000; 23(2):105-11
3. Lejeune C, Floch - Tudal C, Montamat S, Crenn - Hebert C, Simonpoli AM - Management of drug addict pregnant women and their children. *Arch Pediatr* 1997; 4(3): 263-70

4. American Academy of Pediatrics. Neonatal Drug Withdrawal. *Pediatrics* 1998, 101(6):1079-88
5. Fabris C, Prandi G, Perathoner C, Soldi A. Neonatal drug addiction. *Panminerva Med* 1998; 40(3): 239-43
6. Lejeune C, Ropert JC, Montamat S, Floch-Tudal C, Mady F, Wijkhuisen N, Froment H. Medical-Social outcome of 59 infants bom to addicted mothers. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1997; 26 ( 4) 395-404
7. Joseph H, Stancliff S, Langrad J. Methadone maintenance treatment: a review of historical and clinical issues. *MT Sinai J. Med* 2000; 67 (5-6) : 347-64
8. Farrel M, Ward J, Mattick R, Hall W, Stimson GV, Jarlais DD. Methadone maintenance in opiate dependence: a review. *Br Med J* 1994; 309: 997-1000.
9. Wagner CL, Katikaneni LD, Cox TH, Ryan RM. The impact of pre-natal drug exposure on the neonate. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1998; 25(1):169-94
10. Rohrmeister K, Bemert G, Langer M, Fisher G, Weninger M, Pollak A. Opiate addiction in gravidity-consequences for the newborn. Results of an interdisciplinary concept: *Z Gebr Neonatol* 2001; 205(6): 224-30
11. Ziegler M, Poustka F, Von Loewenich V, Englert E. Postpartum risk factors in the development of children born to opiate - addicted mothers; comparison between mothers with and without methadone substitution. *Nerv* 2000; 71(9): 730-6
12. C Sinha, P Ohadike, P Carrick, P Pairaudears, D Armstrong, S W Lindow. Neonatal outcome following maternal opiate use in late pregnancy. *International J Gynecology Obst* 74820019 241-6
13. Lijsshitz M, Gavrilov V, Galil A, Landau D. A four year survey of neonatal narcotic withdrawal evaluation and treatment. *Isr Med Assoc J* 2001; 3(1):17-20
14. Sundfaer A. 31 Women with drug problems got children? what happened after that? *T N L* 2001 10; 121(1): 73-5
15. Ballard JL. Treatment of neonatal abstinence syndrome with breast milk containing methadone. *J Perinat Neonatal Nurs* 2002 Mar; 15(4): 76-85