



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO
EM SAÚDE**

**ENTRE O RISCO BIOLÓGICO E A VULNERABILIDADE SOCIAL: AS POLÍTICAS
PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS À GESTANTES USUÁRIAS DE
CRACK**

CAROLINE PEREZ CAMILO

Pato Branco
2025



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO
LATINO-AMERICANA**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO EM
SAÚDE**

**ENTRE O RISCO BIOLÓGICO E A VULNERABILIDADE SOCIAL: AS POLÍTICAS
PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS À GESTANTES USUÁRIAS DE
CRACK**

CAROLINE PEREZ CAMILO

Artigo apresentado à Universidade Federal da Integração Latino-Americana como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Gestão em Saúde

Orientador: Profa. Dra. Wilma Nancy Campos Arze

Pato Branco
2025

CAROLINE PEREZ CAMILO

ENTRE O RISCO BIOLÓGICO E A VULNERABILIDADE SOCIAL: AS POLÍTICAS
PÚBLICAS NACIONAIS DE SAÚDE DESTINADAS À GESTANTES USUÁRIAS DE
CRACK

Artigo apresentado à Universidade Federal da
Integração Latino-Americana como requisito
parcial para a obtenção do título de Especialista
em Gestão em Saúde

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profa. Dra. Wilma Nancy Campos Arze
Universidade Federal da Integração Latino-Americana

Prof. Dr. Sérgio Nery Simões
Instituto Federal do Espírito Santo

Profa. Dra. Laís Rosa Viana
Universidade Estadual de Campinas

Pato Branco, 04 de outubro de 2025.

Dedico este trabalho à minha família. Aos meus pais, meu irmão e minhas filhas.

RESUMO

Este trabalho oferece um panorama das políticas públicas de saúde no Brasil, abordando a atenção a gestantes usuárias de crack a partir da articulação entre a dimensão clínica e a social. A gestação de usuárias de crack configura-se como uma gestação de alto risco, marcada por severas complicações como pré-eclâmpsia, prematuridade e baixo peso ao nascer, além de manifestações de abstinência neonatal. Esses riscos biológicos são agravados por vulnerabilidades estruturais como a pobreza, a situação de rua e o estigma social, que criam barreiras significativas ao acesso e à continuidade do cuidado. No plano legal, o estudo traça uma trajetória que vai da Lei da Reforma Psiquiátrica e da institucionalização da Rede de Atenção Psicossocial até a Política Nacional sobre Drogas. Este arcabouço normativo, complementado por iniciativas como a Rede Cegonha, o Pré-Natal de Alto Risco e a atuação do Consultório na Rua, assegura um cuidado integral centrado no binômio mãe-bebê. As garantias do Estatuto da Criança e do Adolescente e as diretrizes para o pós-parto e a primeira infância reforçam o compromisso legal com a proteção da vida e do desenvolvimento infantil. A prática, no entanto, revela a desigualdade na implementação. O trabalho avalia experiências em diversas regiões do país, como os protocolos assistenciais e fluxos de estratificação de risco em Curitiba (PR), a estratégia de vínculo com a gestante usuária de crack em Sobral (CE), o acolhimento residencial transitório em São Lourenço do Sul (RS), os centros de referência e programas sociais voltados exclusivamente para o atendimento à usuárias de crack em São Paulo (SP). Essas iniciativas demonstram que o cuidado integrado e humanizado é viável e eficaz quando há articulação entre as políticas públicas. Em conclusão, o maior desafio brasileiro não é normativo, mas operacional. A transformação de boas práticas isoladas em um padrão de rede requer uma gestão estratégica que se concentre em expandir as portas de entrada nos territórios, instituir protocolos integrados, garantir retaguarda contínua e qualificar as equipes para superar o estigma. O monitoramento de indicadores de acesso, continuidade e desfechos maternos e neonatais é fundamental para assegurar que a legislação se traduza, de fato, em proteção e dignidade.

Palavras-chave: Dependência Química; Gestão em Saúde; Gestação de Alto Risco; Políticas Públicas; Saúde Materno-Infantil.

ABSTRACT

This paper presents an overview of public health policies in Brazil, addressing the care provided to pregnant crack cocaine users through an articulation between the clinical and social dimensions. Gestation for crack users is configured as a high-risk pregnancy, marked by severe complications such as preeclampsia, prematurity, and low birth weight, in addition to manifestations consistent with neonatal abstinence syndrome. These biological risks are compounded by structural vulnerabilities such as poverty, homelessness, violence, and social stigma, which create significant barriers to accessing and maintaining care. On a legal level, the study traces a trajectory that goes from the Psychiatric Reform Law to the institutionalization of the Psychosocial Care Network and the National Drug Policy. This normative framework, complemented by initiatives such as the Stork Network (Rede Cegonha), High-Risk Prenatal Care, and the work of the Street Clinic (Consultório na Rua), ensures comprehensive care centered on the mother-baby dyad. The guarantees provided by the Statute of the Child and Adolescent and guidelines for postpartum and early childhood further reinforce the legal commitment to protecting life and child development. In practice, however, implementation reveals inequality. This work evaluates experiences in various regions of the country, such as the care protocols and risk stratification flows in Curitiba (PR), the strategy for building bonds with pregnant crack users in Sobral (CE), the transitional residential care in São Lourenço do Sul (RS), the reference centers and social programs exclusively aimed at assisting crack users in São Paulo (SP). These initiatives demonstrate that integrated and humanized care is viable and effective when public policies are well-articulated. In conclusion, Brazil's greatest challenge is not normative but operational. Transforming isolated good practices into a network standard requires a strategic management focused on expanding entry points in the territories, instituting integrated protocols, guaranteeing continuous support, and training teams to overcome stigma. The monitoring of indicators for access, continuity, and maternal and neonatal outcomes is fundamental to ensure that legislation is, in fact, translated into protection and dignity.

Key words: Drug Addiction; Health Management; High-Risk Pregnancy; Maternal and Child Health; Public Policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Álcool e Drogas
CAPS	Centros de Atendimento Psicossocial
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
GM	Gabinete do Ministro
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MDS	Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome
MS	Ministério da Saúde
PNAD	Política Nacional Antidrogas
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNASH	Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNIP	Política Nacional Integrada da Primeira Infância
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UA	Unidades de Acolhimento
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. METODOLOGIA.....	11
3. OS EFEITOS BIOLÓGICOS DO CRACK: UMA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO.....	12
4. A REVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO AS POLÍTICAS PÚBLICAS SE APLICAM AO CUIDADO E TRATAMENTO DE GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK.....	15
5. ESTUDOS DE CASO E BOAS PRÁTICAS.....	23
5.1. Região Norte.....	23
5.2. Região Centro-Oeste.....	23
5.3. Região Nordeste.....	23
5.4. Região Sul.....	24
5.5. Região Sudeste.....	24
6. POLÍTICAS PARA O RECÉM-NASCIDO E A CRIANÇA: O ACOLHIMENTO ALÉM DO PARTO.....	26
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	28
REFERÊNCIAS.....	29

1. INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, o consumo de cocaína e sua forma fumada, conhecida como 'crack', tem se tornado um sério problema de saúde pública (ABP, 2012; CAMPOS et al., 2013; SOUZA; KANTORSKI, 2007). De acordo com o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime, cerca de 19 milhões de pessoas consumiram cocaína em 2018 (0,4% da população mundial com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos) (UNODC, 2020). No Brasil, o 3º Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira mostra que 3.1% da população (aproximadamente 4,9 milhões de brasileiros) entre 12 e 65 anos já consumiram cocaína na vida, com 0,3% dos entrevistados afirmando ter feito uso da droga nos 30 dias anteriores à pesquisa. Em relação ao crack, 0.9% da população (aproximadamente 1.4 milhão de pessoas) relatou ter feito uso de crack e similares alguma vez na vida (BASTOS et al., 2017).

A complexidade do problema se intensifica no contexto da gestação. Segundo o II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD), cerca de 6 milhões de pessoas já experimentaram cocaína pelo menos alguma vez na vida no Brasil, com uma taxa de consumo de cocaína cheirada de 0,6% e de crack (forma fumada da cocaína) de 0,7% para mulheres (ABDALLA et al., 2014; LARANJEIRA, 2014). De acordo com a Pesquisa Nacional sobre o Uso de Crack, as cenas de uso de crack são compostas em cerca de 21,3% por mulheres, em sua maioria solteiras (54%), não-brancas (78%), com baixa escolaridade (80%) e média de idade de 29,60 anos. Aproximadamente 13% das mulheres que participaram da pesquisa estavam grávidas, sendo que 50% das entrevistadas engravidaram ao menos uma vez durante o período de uso regular de crack e/ou similares. Destas, cerca de metade apresentou ao menos uma gestação que não evoluiu até o final (nascimento) ou que resultou em um feto natimorto (49,04%) (BASTOS; BERTONI, 2014). O relatório mais recente sobre as cenas de uso de crack nas capitais brasileiras, "Levantamento de Cenas de Uso de Capitais" (LECUCA), mostrou que cerca de 6,3% das mulheres usuárias de crack na cena de uso da cidade de São Paulo estavam grávidas no momento da entrevista, todas sem acompanhamento pré-natal (MADRUGA, 2022).

O uso da droga durante a gestação está relacionado a múltiplos desfechos adversos, incluindo maiores taxas de abortamento espontâneo, partos prematuros, restrição de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e complicações placentárias (ABRAHAM; HESS, 2016; CEJTIN et al., 1999; GOUIN; MURPHY; SHAH,

2011; MOONEY, 1998). Além disso, crianças expostas ao crack intraútero apresentam maior risco de síndromes de abstinência neonatal, déficits cognitivos e alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DE SOUSA et al., 2023; REIS; MENEZES; JARDIM, 2021; SILVEIRA et al., 2020).

No entanto, a problemática vai além dos efeitos biológicos da substância. A maioria das gestantes usuárias de crack encontra-se inserida em contextos de extrema vulnerabilidade social, marcados por pobreza, instabilidade habitacional, violência doméstica, baixa escolaridade e ausência de redes de apoio. Frequentemente, essas mulheres enfrentam também coinfeções como o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e hepatites virais, além de condições de saúde mental não tratadas, compondo um quadro de múltiplos riscos interligados (RIBEIRO et al., 2018; ZAVASCHI et al., 2014).

Outro aspecto central é o estigma social. As gestantes usuárias de crack frequentemente relatam experiências de discriminação, julgamento moral e negligência nos serviços de saúde. Esse estigma constitui uma barreira adicional ao acesso ao pré-natal e à atenção integral, reforçando a exclusão social e resultando na violação de direitos fundamentais (CAMARGO et al., 2018, 2021). Assim, o fenômeno não pode ser compreendido de forma isolada, mas como expressão de um conjunto de fatores biológicos, sociais e estruturais que interagem de maneira dinâmica.

Diante desse cenário, o enfrentamento do uso de crack durante a gestação demanda não apenas a atenção aos riscos biológicos e às vulnerabilidades sociais, mas, sobretudo, uma análise crítica das políticas públicas responsáveis por organizar a resposta estatal a essa realidade. É necessário reconhecer que os riscos à saúde materno-infantil estão intrinsecamente ligados a determinantes sociais da saúde, de modo que políticas públicas efetivas devem integrar ações intersetoriais em saúde, assistência social, educação e garantia de direitos (BRASIL, 2004a, 2016a). Nesse contexto, compreender como a legislação e as estratégias nacionais de saúde têm buscado responder a essa questão torna-se fundamental para avaliar sua efetividade, identificar lacunas e apontar caminhos para avanços futuros.

Assim, o objetivo deste trabalho é oferecer um panorama das políticas públicas nacionais de saúde destinadas às gestantes usuárias de crack, discutindo sua evolução, seus limites e suas potencialidades, com vistas a compreender em que medida tais políticas têm conseguido articular a dimensão biomédica e a dimensão social desse problema complexo.

2. METODOLOGIA

Este estudo configura-se como uma revisão narrativa de caráter qualitativo, voltada à análise crítica das políticas públicas nacionais de saúde destinadas a gestantes usuárias de crack. A coleta de material envolveu consultas a bases científicas (SciELO, PubMed, LILACS e Google Scholar) e a documentos normativos e técnicos disponíveis em portais oficiais, incluindo o Ministério da Saúde, Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas, Fiocruz, bem como o portal de legislação da Presidência da República (Planalto). Foram igualmente considerados relatórios de organismos internacionais e documentos municipais e estaduais (protocolos assistenciais e normativas disponíveis em sites de prefeituras e secretarias de saúde).

Foram selecionados artigos, relatórios técnicos e normativas publicadas até setembro de 2025, que abordassem: (i) efeitos do uso de crack durante a gestação; (ii) diretrizes de atenção integral à saúde materno-infantil em situações de vulnerabilidade social; (iii) políticas nacionais sobre drogas e saúde mental; e (iv) experiências locais e regionais de cuidado a gestantes usuárias de crack. A análise do material se deu por meio de leitura crítica e comparativa, buscando identificar convergências, lacunas e desafios na implementação das políticas públicas, bem como no mapeamento de boas práticas relatadas em diferentes regiões do Brasil.

3. OS EFEITOS BIOLÓGICOS DO CRACK: UMA GRAVIDEZ DE ALTO RISCO

O crack é a forma ‘fumada’ da cocaína, utilizado pela via pulmonar, que pode também ser utilizada pela via intranasal (cheirada) e pela via intravenosa (injetável), sendo essas duas as formas de uso mais comum do ‘cloridrato de cocaína’ (‘pó’). A via de administração escolhida pelos usuários para o consumo dessas drogas influencia na velocidade e duração dos efeitos, assim como no potencial de dependência das drogas, destacando-se o crack como a via de administração mais prejudicial pelo curto tempo que leva para atingir sua concentração plasmática, rápida e imediata duração dos efeitos (8 - 10 segundos) e seu alto índice de concentração (40 - 85% de cocaína) (ABP, 2012; LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002).

Ao atingir a circulação cerebral, a cocaína chega ao Sistema Nervoso Central, agindo sobre o sistema mesolímbico – mesocortical, conhecido como sistema de recompensa, através do bloqueio de recaptção de dopamina na fenda sináptica pela inibição dos transportadores de dopamina (CHASIN; SILVA; CARVALHO, 2021; LIZASOAIN; MORO; LORENZO, 2002). O conjunto de rápida e imediata duração dos efeitos do crack, associado à sensação de prazer, euforia e poder que a droga proporciona, faz com que os usuários sofram um grande potencial de dependência (RIBEIRO et al., 2012).

Durante a gestação, o uso de crack impõe riscos severos à saúde materna e fetal, configurando a gravidez como de alto risco e justificando a urgência de medidas específicas no âmbito da saúde pública. As alterações fisiológicas induzidas pela gravidez potencializam os efeitos do crack, causando efeitos deletérios para a gestante, principalmente relacionados ao aumento de alterações do sistema cardiovascular, como crises hipertensivas, taquicardia, arritmias e falência miocárdica. Um dos efeitos mais imediatos é o aumento da pressão arterial, que pode levar a um quadro de hipertensão gestacional e, em casos mais graves, à pré-eclâmpsia. Essa condição é extremamente perigosa e pode causar convulsões, insuficiência renal e hepática, além de hemorragias (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; SANTOS et al., 2022). As complicações obstétricas incluem alta incidência de abortos espontâneos, descolamento prematuro de placenta, parto prematuro, ruptura uterina, restrição do crescimento intrauterino, ruptura prematura da membrana, oligodrâmnio, infarto placentário e insuficiência uteroplacentária (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; MARTINS-COSTA et al., 2013; ROTTA; CUNHA, 2000; SANTOS et al., 2022).

Esses efeitos são agravados pela vulnerabilidade nutricional a que muitas gestantes usuárias estão expostas. O crack, além de suprimir o apetite, acelera o metabolismo energético, favorecendo quadros de desnutrição que prejudicam ainda mais a saúde materna e o desenvolvimento do feto (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; HULL et al., 2010). Outro fator relevante é a maior suscetibilidade a infecções, resultado tanto da imunossupressão associada ao uso crônico quanto de comportamentos de risco. Infecções sexualmente transmissíveis, como HIV, sífilis e hepatites, são altamente prevalentes nesse grupo e aumentam as complicações gestacionais e neonatais (BOTELHO; ROCHA; MELO, 2013; MARTINS-COSTA et al., 2013; TEIXEIRA; ENGSTROM; RIBEIRO, 2017; ZAVASCHI et al., 2014).

No organismo materno, a cocaína provoca grave vasoconstrição e atravessa a barreira placentária, estendendo seu efeito ao feto. A droga se difunde da corrente sanguínea da mãe para o feto, expondo-o a elevadas concentrações da droga. Além disso, a cocaína inibe a recaptção da noradrenalina e da adrenalina no sistema nervoso simpático fetal, causando um aumento da concentração desses mediadores e dando origem a taquicardia, vasoconstrição e hipertensão (JUNIOR; LEITE, 2021; SANTOS et al., 2022).

As consequências do uso do crack durante a gestação para o feto e o recém-nascido vão depender do tempo de consumo, da quantidade utilizada e do período gestacional de uso. O uso da substância nos três primeiros meses pode ampliar as chances de a gestante sofrer aborto espontâneo. Ainda, o uso na primeira metade da gestação pode comprometer o desenvolvimento embrionário, principalmente na fase inicial do neurodesenvolvimento (ROTTA; CUNHA, 2000; SANTOS et al., 2022). Mesmo após a suspensão do uso, o líquido amniótico atua como um reservatório expondo o feto constantemente à droga. Aproximadamente 3 a 5% da cocaína entram no sistema circulatório fetal através do líquido amniótico (LIMA et al., 2022; PICHINI et al., 2005). Recém-nascidos de mães que utilizaram cocaína até dois dias antes do nascimento excretam seus metabólitos por até sete dias (ROTTA; CUNHA, 2000).

As repercussões no feto e no recém-nascido são igualmente preocupantes. A vasoconstrição induzida pelo crack reduz o fluxo sanguíneo uteroplacentário, restringindo o aporte de oxigênio e nutrientes essenciais ao desenvolvimento intrauterino. Como consequência, observa-se maior prevalência de restrição de crescimento intrauterino e de baixo peso ao nascer, ambos associados à maior morbimortalidade neonatal. O risco de prematuridade também é elevado, o que

potencializa ainda mais as vulnerabilidades clínicas logo após o nascimento (ABRAHAM; HESS, 2016; REIS; MENEZES; JARDIM, 2021).

Estudos relatam diversas consequências da exposição à cocaína e o crack ao feto como anomalias do trato geniturinário, cardiopatias, deformidades distais, deficiências auditivas, assimetrias sensoriais, menor perímetro cefálico e alterações neurológicas (JANARDHAN; ROY; VYAS, 2022; JUNIOR; LEITE, 2021; LIMA et al., 2022; PARDIN et al., 2023; REIS; MENEZES; JARDIM, 2021; SILVEIRA et al., 2020). Ainda, fetos expostos à cocaína e/ou crack no período gestacional podem desenvolver a síndrome de abstinência neonatal, que ocorre após a separação do feto da placenta, afetando o sistema nervoso central, sistemas gastrointestinal e respiratório, e causando tremores, irritabilidade, falta de apetite, dificuldade respiratória e convulsões (DE SOUSA et al., 2023). Os efeitos podem se estender para além do período perinatal. Evidências apontam que a exposição intrauterina ao crack está associada a prejuízos de longo prazo no neurodesenvolvimento, incluindo déficits cognitivos, dificuldades de aprendizagem, alterações de memória e atenção, além de maior propensão a transtornos de comportamento e problemas psiquiátricos na infância e adolescência (AZUMA; CHASNOFF, 1993; BAUER et al., 2005; ETEMADI-ALEAGHA; AKHGARI, 2022; MARTIN et al., 2016; ROTTA; CUNHA, 2000).

Embora a expressão desses efeitos varie de acordo com fatores individuais, como o padrão de uso, a associação com outras substâncias e as condições ambientais pós-natais, a literatura é consistente ao apontar que a exposição pré-natal ao crack compromete de forma significativa a saúde e o desenvolvimento. Trata-se, portanto, de uma condição clínica grave, que coloca em risco não apenas a vida da gestante, mas também o futuro da criança, reforçando a caracterização desta como uma gestação de alto risco.

4. A REVOLUÇÃO DA ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: COMO AS POLÍTICAS PÚBLICAS SE APLICAM AO CUIDADO E TRATAMENTO DE GESTANTES USUÁRIAS DE CRACK

A evolução das políticas de saúde mental e de drogas no Brasil não é linear. Ela é marcada por avanços, retrocessos e, mais recentemente, por uma reorientação. Longe da lógica repressiva e da internação compulsória que predominou por décadas, a resposta do país ao uso de drogas, incluindo a atenção a gestantes, é fundamentada em uma mudança histórica de paradigma. O Brasil adotou uma política de saúde pública que prioriza o tratamento psicossocial. Essa transição é a base das diretrizes atuais, que buscam acolher e tratar em vez de punir, reconhecendo que a complexidade do tema exige uma abordagem humana e abrangente.

O alicerce dessa nova abordagem é a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral ao Uso de Álcool e Outras Drogas. Essa política se tornou mais robusta com a Portaria nº 2.197, de 14 de outubro de 2004, que redefiniu e expandiu o cuidado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), incluindo a expansão de serviços como os Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS) e as Unidades de Acolhimento (UA) (BRASIL, 2004a). Em 2010, um passo importante foi dado com o Decreto Nº 7.179, que lançou o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, elevando a resposta a um nível de coordenação nacional (BRASIL, 2010) - alterado em 2011 pelo governo federal por meio do Decreto Nº 7.637 (BRASIL, 2011e), mas por fim revogado em 2020 pelo Decreto nº 10.473 (BRASIL, 2020a).

A gravidade da situação das gestantes usuárias de drogas ganhou um reconhecimento formal e específico. Por regra, suas gestações devem ser encaminhadas para o Pré-Natal de Alto Risco (PNAR), um preceito estabelecido pela Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013, do Ministério da Saúde (MS) (BRASIL, 2013). Essa normativa define as diretrizes para a organização da atenção à saúde na gestação de alto risco, servindo como uma base formal para o tratamento. Em um esforço contínuo para sedimentar esses fluxos e facilitar o acesso, o MS, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), lançou uma nota técnica conjunta em setembro de 2015 sobre as diretrizes de atenção integral a mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack (BRASIL, 2015).

No plano operacional para mulheres em maior vulnerabilidade, uma Nota Técnica Conjunta do Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome (MDS)/MS nº 01/2016 estabeleceu diretrizes e fluxos para a atenção

integral de mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack e seus recém-nascidos, com protagonismo do SUS e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). O documento ressalta a ação integrada desde a abordagem, com definição de fluxos de referência e contrarreferência entre Estratégia Saúde da Família, Consultórios na Rua, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e CAPS, e alerta contra decisões imediatistas de afastamento de crianças sem avaliação técnica multidisciplinar. Também esclarece que recomendações do Ministério Público para comunicações automáticas ao Judiciário são atos opinativos (não coercitivos) e que a proteção de crianças deve observar o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA): prioridade à convivência familiar, alojamento conjunto e excepcionalidade do acolhimento institucional, sempre precedido do esgotamento de alternativas junto à família de origem (BRASIL, 2016a).

Apesar dos marcos legais e das tentativas formais de criar fluxos claros, a implementação das políticas enfrenta grandes desafios, revelando a distância entre a teoria e a prática. A desarticulação entre os serviços é um problema persistente, e o estigma social continua a afastar as gestantes dos serviços de saúde. Essa realidade contrasta com a estratégia do MS de organizar a atenção através de redes como a Rede Cegonha - uma estratégia que propõe a melhoria do atendimento às mulheres e às crianças disponibilizando atendimento de pré-natal, garantia de realização de todos os exames necessários, vinculação da gestante a uma maternidade de referência para o parto, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério (pós-parto), bem como o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011b).

Um dos serviços mais notáveis para essa população é o 'Consultório na Rua', um serviço direcionado nos municípios que busca ativamente pessoas em situação de rua, incluindo gestantes, servindo como um ponto de contato e acolhimento que as integra à rede de saúde. Isso, por si só, é uma evidência da necessidade de uma abordagem que vá além dos consultórios, adaptando-se à realidade da vulnerabilidade extrema (BRASIL, 2011a).

Apresentamos abaixo, em uma linha do tempo, a evolução das políticas de saúde mental e de drogas, e políticas voltadas à mulheres e gestantes no Brasil, e como essas políticas públicas se aplicam ao cuidado e tratamento de gestantes usuárias de crack.

I) Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001: Lei da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2001a)

Ela é o marco inicial que redireciona o cuidado em saúde mental para um modelo psicossocial, ou seja, para serviços que não são manicômios. Esta é a lei que inaugura a mudança de paradigma e redireciona o tratamento da saúde mental para um modelo que privilegia serviços comunitários e de portas abertas. Esta lei é o alicerce para que as gestantes usuárias de crack deixem de ser tratadas em hospitais psiquiátricos isolados. O novo modelo permite que elas recebam tratamento em locais que buscam a reintegração social e o vínculo familiar, fundamentais para o binômio mãe-bebê.

II) Portaria Gabinete do Ministro (GM)/ MS nº 251, de 31 de janeiro de 2002: Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar (PNASH)/Psiquiatria (BRASIL, 2002b)

Implanta o PNASH - Psiquiatria, com diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassificando os hospitais psiquiátricos, definindo e estruturando a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS. Essa portaria implementa a qualificação/redução de internações asilares, favorecendo a rede substitutiva, como os CAPS - mais adequado ao cuidado de gestantes.

III) Portaria GM/MS nº 816, de 30 de abril de 2002: Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2002c)

Institui, no âmbito do SUS, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo MS e pelas Secretarias de Saúde dos estados, Distrito Federal e municípios. O Programa traz redução de danos, rede extra-hospitalar e organização de fluxos, funcionando como base operacional para o Núcleo de Atenção Psicossocial - substituído posteriormente pelos CAPS, CAPS Álcool e Drogas (AD), Atenção Primária à Saúde e retaguarda clínica. Alinhada à abordagem não punitiva, é a base para CAPS AD e Atenção Primária cuidarem da gestante usuária de crack no território, do pré-natal ao puerpério.

IV) Decreto nº 4.345, de 26 de agosto de 2002: Política Nacional Antidrogas (PNAD) (BRASIL, 2002a)

Primeira PNAD de governo federal (revogada em 2019), com diretrizes de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, redução de danos sociais e à saúde e repressão ao tráfico. Enquadra o tema como de política pública multissetorial, legitima a

agenda de tratamento dentro do Estado e é o pano de fundo que antecede as Redes de Atenção Psicossocial (RAPS). Serviu de base até a atualização de 2019.

V) Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - 8 de março de 2004 (BRASIL, 2004b)

Agenda nacional de saúde da mulher (pré-natal, parto, puerpério, violência, planejamento reprodutivo), com diretrizes de equidade e integralidade. Legitima o encaminhamento ao PNAR para gestantes usuárias de crack, com priorização clínica e linhas de cuidado materno-infantis.

VI) Portaria GM/MS nº 2.197, de 14 de outubro de 2004: Programa de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (BRASIL, 2004a)

Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do SUS, mudando o eixo para saúde pública e redução de danos. Respalda o acolhimento não punitivo no SUS, o que é central para a adesão de gestantes que temem estigma/criminalização. Ainda, estabelece a expansão dos serviços como CAPS AD e UA, evitando internação prolongada em hospital psiquiátrico.

VII) Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) (BRASIL, 2006)

Prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, estabelecendo normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas. Ao defender o cuidado como dever do Estado, descriminaliza a busca por tratamento na gestação.

VIII) Decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009: Política Nacional para a População em Situação de Rua (BRASIL, 2009)

Institui a política para população em situação de rua, com acesso prioritário às políticas sociais, fundamentando a atuação conjunta do SUS e SUAS para gestantes usuárias de crack em situação de rua, com busca ativa, abrigamento e acesso ao pré-natal.

IX) Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010: Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack (BRASIL, 2010)

Coordena, em nível federal, ações articuladas de enfrentamento ao crack, reforçando a

integração entre saúde, assistência e segurança, importante para rotas de cuidado e proteção materno-infantil. Foi alterado por meio do Decreto Nº 7.637, de 8 de dezembro de 2011 (BRASIL, 2011e), e então revogado pelo Decreto nº 10.473, de 24 de agosto de 2020 (BRASIL, 2020a).

X) Portaria GM/MS nº 122, de 25 de janeiro de 2011: Equipes de Consultório na Rua (BRASIL, 2011a)

Regulamenta as Equipes de Consultório na Rua, uma inovação crucial e fundamentais na busca ativa e cuidado longitudinal de gestantes usuárias de crack, que dificilmente procurariam um serviço de saúde convencional. - conectando-as à rede de cuidado como PNAR e CAPS AD.

XI) Portaria GM/MS nº 1.459 , de 24 de junho de 2011: Rede Cegonha (BRASIL, 2011b)

Implementa a rede materno-infantil com classificação de risco, vinculação à maternidade de referência, transporte regulado e leitos obstétricos/neonatais, garantindo a prioridade e fluxo para o PNAR, incluindo gestantes usuárias de crack), com retaguarda para complicações maternas e neonatais.

XII) Portaria GM/MS nº 2.488, de 21 de outubro de 2011: Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2011c)

Esta portaria é extremamente relevante, pois aprova a PNAB e organiza a atenção básica como base do cuidado, onde ocorrem busca ativa, testagens, vacinação, intervenções breves e o primeiro encaminhamento da gestante para CAPS AD/alto risco.

XIII) Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011: Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (BRASIL, 2011d)

Institui a RAPS, uma estrutura completa para o tratamento de pessoas com sofrimento psíquico, associado ou não ao uso de crack, álcool e outras drogas. É dentro da RAPS que a gestante usuária de crack deve ser acolhida e tratada, incluindo CAPS AD, UA e leitos em hospital geral. A RAPS consolida a estrutura do sistema de saúde mental.

XIV) Medida Provisória nº 557, de 26 de dezembro de 2011: Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera (BRASIL, 2011f)

Cria um sistema nacional de cadastro e vigilância da gestação para prevenção da mortalidade materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro e altera a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999 (BRASIL, 1999), com a atribuição à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) para fiscalizar os serviços de saúde quanto à constituição das comissões de cadastro. Reforça a vigilância e a prioridade de seguimento de alto risco, onde se enquadram as gestantes usuárias de crack.

XV) Portaria GM/MS nº 1.020, de 29 de maio de 2013: Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2013)

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, com a habilitação de serviços como a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera, em conformidade com a Rede Cegonha. Esta portaria é um marco formal que estabelece que a dependência de crack pode ser considerada uma gestação de alto risco, garantindo que as gestantes sejam encaminhadas para o PNAR.

XVI) Portaria GM/MS nº 1.082, de 23 de maio de 2014: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (BRASIL, 2014)

Diretrizes de atenção integral à saúde de adolescentes sob medida socioeducativa, contemplando saúde mental e uso de drogas. Muitas gestantes usuárias de crack são adolescentes, e esta portaria tem o intuito de promover a reinserção social, abordando transtornos mentais e problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas. Ampara gestantes adolescentes usuárias de crack sob o Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo com pré-natal, RAPS e continuidade do cuidado.

XVII) Nota Técnica Conjunta nº 01/2015 - SAS e SGEP/MS, de 16 de setembro de 2015: Diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém nascidos (BRASIL, 2015)

Esforço do MS para solidificar os fluxos e facilitar o acesso de mulheres e adolescentes em situação de rua ou usuárias de drogas. Mostra uma tentativa formal de organizar a atenção através das Redes de Atenção à Saúde, como a Rede Cegonha e a RAPS.

XVIII) Nota Técnica Conjunta nº 01/2016 - MDS/MS, de 10 de maio de 2016: Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascido (BRASIL, 2016a)

Visa garantir o direito à convivência familiar e comunitária, promovendo a articulação entre serviços de saúde e assistência social para assegurar o bem-estar dessas famílias e a proteção dos recém-nascidos.

XIX) Resolução da Comissão Intergestores Tripartite GM/MS nº 32, de 14 de dezembro de 2017 e Portaria GM/MS nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017: Fortalecimento da RAPS (BRASIL, 2017a, 2017b)

Redefinem pontos da RAPS, incluindo hospitais psiquiátricos especializados não mais como substitutos de outros serviços, mas como parte da RAPS. Também prevê a criação de unidades CAPS AD IV que funcionam 24 horas em regiões de "cracolândias" para atender emergências psiquiátricas. Amplia a retaguarda para crises/urgências, oferecendo um ponto de atendimento imediato para gestantes em crise.

XX) Resolução GM/Ministério da Justiça nº 01, de 9 de março de 2018: Diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da PNAD (BRASIL, 2018)

Realinhamento da PNAD, que define que os programas devem ser orientados para a promoção da abstinência, incluindo as Comunidades Terapêuticas como centros de tratamento.

XXI) Decreto nº 9.761, de 11 de abril de 2019: nova Política Nacional sobre Drogas (PNAD/2019) (BRASIL, 2019a)

Aprova a PNAD vigente, revogando a PNAD/2002, enfatizando a abstinência, coordenação federativa e avaliação de resultados. Reorienta financiamento e arranjos de cuidado também para o público materno, ao lado da RAPS.

XXII) Lei nº 13.840, de 5 de junho de 2019: Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD/2019) (BRASIL, 2019b)

Modifica a Lei nº 11.343/2006 para reorganizar o SISNAD. Legitima e regulamenta a atuação das comunidades terapêuticas como dispositivos de atenção à saúde mental. Representa uma mudança significativa, ampliando as opções de tratamento, embora essa

mudança seja alvo de debates por parte de defensores da Reforma Psiquiátrica. Adiciona uma nova opção de tratamento de longa duração para as gestantes, que podem optar por um modelo de acolhimento focado na abstinência e na reintegração social.

XXIII) Decreto nº 10.570, de 9 de dezembro 2020: Estratégia Nacional de Fortalecimento dos Vínculos Familiares (BRASIL, 2020b)

Institui uma estratégia interministerial para promoção e fortalecimento de vínculos familiares. Reforça o foco em convivência familiar no puerpério, sustenta alojamento conjunto e apoio à maternidade, alinhado à proteção do binômio mãe-bebê.

XXIV) Resolução Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas nº 08, de 27 de setembro de 2022: Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027 (BRASIL, 2022)

Aprova o Plano de 5 anos da PNAD, com metas e objetivos de prevenção, cuidado e reinserção para redução da demanda/oferta e gestão da política. Orienta ações integradas da RAPS, Rede Cegonha e SUAS para trajetórias maternas com uso de crack.

A linha do tempo demonstra que a evolução das políticas de saúde mental, de drogas, políticas voltadas à mulheres e gestantes no Brasil não é um caminho único, mas uma trajetória de adaptações, mudanças e, por vezes, de debates sobre qual a melhor forma de cuidar de populações tão vulneráveis.

5. ESTUDOS DE CASO E BOAS PRÁTICAS

Apesar das lacunas estruturais e do estigma, há experiências no Brasil que mostram que o cuidado integrado e humanizado para gestantes usuárias de crack é viável e traz resultados concretos quando articula busca ativa, pré-natal de alto risco, tratamento para dependência e proteção social.

5.1. Região Norte

Na região Norte do país, a implementação de políticas públicas segue os marcos nacionais (RAPS, CAPS AD, PNAB com Consultório na Rua e Rede Cegonha), com alguns arranjos locais que conferem tração prática à linha de cuidado e centros de referências nas capitais Manaus (AM)¹, Belém (PA)^{2,3}, Palmas (TO)⁴ e Boa Vista (RR)⁵.

5.2. Região Centro-Oeste

Na região Centro-Oeste, o desenho também se ancora nos marcos nacionais. CAPS AD III 24 horas estão presentes no Distrito Federal⁶ e em Campo Grande (MS)⁷. Já os Consultórios na Rua atendem pacientes em diversas cidades, como no Distrito Federal⁸, Cuiabá (MT)⁹, Goiânia e Aparecida de Goiânia (GO)¹⁰.

5.3. Região Nordeste

Assim como no Norte e no Centro-Oeste, o cuidado às gestantes usuárias de crack se realiza com base na arquitetura nacional. Com destaque para linha de cuidado integrada do município de Sobral (CE). A Secretaria Municipal da Saúde de Sobral, em parceria com a Universidade Estadual Vale do Acaraú, desenvolveu a 'Estratégia Trevo de Quatro Folhas', integrada ao CAPS AD e à Rede Cegonha. Através de uma rede de cuidados, que abrange tratamento clínico, apoio social, prevenção de recaídas e redução de danos, a estratégia visa o estabelecimento de vínculos com a gestante usuária de crack e propõe minimizar os riscos e os danos associados ao uso de drogas (ALVES et al., 2015).

¹ <https://www.manaus.am.gov.br/semsa/idades/centro-de-atencao-psicossocial-caps/>

² <https://crfpara.org.br/centros-de-atencao-psicossocial-caps/>

³ <https://www.saude.pa.gov.br/servicos/ao-publico/locais-de-atendimento/centros-de-atencao-psicossocialcaps/>

⁴ <https://www.defensoria.to.def.br/noticia/defensoria-publica-participa-da-inauguracao-do-novo-caps-ad-iii-de-palmas>

⁵ <https://boavista.rr.gov.br/noticias/2023/11/boa-vista-saude-prefeitura-implanta-consultorio-na-rua-para-atender-pessoas-em-situacao-de-vulnerabilidade>

⁶ <https://saude.df.gov.br/centros-de-atencao-psicossocial>

⁷ <https://www.etsus.ms.gov.br/wp-content/uploads/2020/12/APRESENTACAO-RAPS-Psicossocial-Modo-de-Compatibilidade.pdf>

⁸ <https://saude.df.gov.br/w/equipas-do-consult%C3%B3rio-na-rua-ultrapassam-22-mil-atendimentos-em-2024>

⁹ <https://www.cuiaba.mt.gov.br/noticias/prefeitura-de-cuiaba-leva-atendimentos-de-saude-a-pessoas-em-situacao-de-rua>

¹⁰ https://www.goiania.go.gov.br/sing_servicos/centros-de-atencao-psicossocial-caps/

5.4. Região Sul

Na região Sul, duas cidades destacam-se por aplicar políticas públicas específicas voltadas ao acolhimento de gestantes em situação de rua e/ou usuárias de crack, Curitiba (PR) e São Lourenço do Sul (RS). A Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba apresenta diversos protocolos assistenciais e fluxos de estratificação de risco de cuidado à saúde da mulher e da gestante, através do programa ‘Mãe Curitibana Vale a Vida’ (CURITIBA, 2018). Através de documentos orientativos, o programa estabelece fluxos de atendimento da atenção à saúde das mulheres em situação de rua e avaliação em saúde mental na atenção primária para mulheres no período perinatal, com atendimento em serviços como o Consultório na Rua funcionando como porta de entrada da gestante a uma maternidade e a um CAPS, com abordagem de redução de danos e seguimento até o puerpério (CURITIBA, 2024a, 2024b).

Em 2023, a Secretaria Municipal da Saúde de São Lourenço do Sul implementou a UA ‘Mãe Me Quer’, destinada ao atendimento de gestantes maiores de 18 anos com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Utilizada como referência para a Macrorregião Sul do Estado do Rio Grande do Sul, oferece 10-15 vagas de acolhimento residencial transitório para gestantes, com acesso assegurado ao pré-natal, acompanhamento clínico, articulação com CAPS AD e rede intersetorial, e continuidade do cuidado no pós-parto¹¹.

5.5. Região Sudeste

Na região Sudeste, a cidade de São Paulo (SP) se destaca pela implementação de programas e serviços permanentes para o cuidado de gestantes usuárias de crack. A ‘Rede Mãe Paulistana’ é o guarda-chuva municipal do pré-natal, parto e puerpério. Garante consultas, exames e vaga na maternidade de referência, com fluxo para casos de alto risco (onde se enquadram gestações com uso de substâncias). É uma porta de entrada segura e sem estigma para iniciar o cuidado e acionar a rede especializada quando preciso¹². São Paulo mantém também uma rede ampla de CAPS, sendo 35 CAPS AD dentro de 103 CAPS no total, com unidades CAPS AD III (24h) e leitos para manejo/estabilização de casos complexos¹³.

A capital já operou programas focalizados na região da “cracolândia”,

¹¹ <https://saude.rs.gov.br/inaugurada-unidade-de-acolhimento-mae-me-quer-para-gestantes-usuarias-de-crack-alcool-e-outras-drogas-em-sao-lourenco-do-sul>

¹² https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/5657

¹³ https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/saude_mental_ad/204204

como o 'De Braços Abertos' (gestão 2014-2016)¹⁴ e, depois, o 'Programa Redenção' (desde 2017), com arranjos de atendimento em saúde, acolhimento e reinserção social integrados à rede municipal¹⁵. Embora não sejam programas para gestantes, essas ações incluem gestantes quando presentes no território e funcionam acopladas a Mãe Paulistana, Consultório na Rua e CAPS AD.

Além da rede municipal, há dispositivos do Governo do Estado que complementam o cuidado, como o Centro de Referência de Álcool Tabaco e outras Drogas (CRATOD)/ 'Programa Recomeço' (RIBEIRO et al., 2021) e a Unidade Recomeço Helvética (desintoxicação e estabilização curta, com contrarreferência para CAPS/UBS), e o Hub de Cuidados em Crack e Outras Drogas (Bom Retiro)^{16,17}. Na prática, o pré-natal municipal aciona esses pontos quando há necessidade clínica.

Além da capital, a cidade de Itanhaém (SP) mantém, desde 2011, um protocolo municipal específico de atendimento a gestantes com abuso de substâncias. O protocolo formaliza a articulação entre CAPS AD, maternidade, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS)/ Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Ministério Público e Conselho Tutelar, com fluxos intersetoriais e metas de cuidado contínuo do pré-natal ao puerpério. É um dos exemplos mais antigos e explícitos em nível local¹⁸.

¹⁴ https://prefeitura.sp.gov.br/web/assistencia_social/w/noticias/214727

¹⁵ https://drive.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/governo/arquivos/programa_redencao/programa_redencao-2017-2020.pdf

¹⁶ <https://hub.spdmfiliadas.org.br/>

¹⁷ https://www.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/pleno-227/programa_recomeco_para_publicacao.pdf

¹⁸ <https://www2.itanhaem.sp.gov.br/saude/acesso-restrito/PROTOCOLO-DE-ATENDIMENTO-A-GESTANTES-COM-ABUSOS.pdf>

6. POLÍTICAS PARA O RECÉM-NASCIDO E A CRIANÇA: O ACOLHIMENTO ALÉM DO PARTO

Por fim, a continuidade do cuidado após o nascimento é decisiva para romper ciclos de vulnerabilidade e proteger o desenvolvimento infantil. No contexto das gestantes usuárias de crack, o pós-parto imediato e o seguimento ambulatorial precisam articular maternidade, RAPS e SUAS, sob as garantias legais do ECA e das diretrizes nacionais de atenção neonatal e materno-infantil. O ECA (Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990) afirma a proteção integral, o direito à vida, à saúde e à convivência familiar, e determina que pobreza não é motivo para perda do poder familiar. Assim, eventuais medidas protetivas devem ser excepcionais, motivadas por avaliação técnica multiprofissional e orientadas à manutenção da díade mãe-bebê com segurança (BRASIL, 1990).

Na maternidade, o recém-nascido exposto intraútero ao crack requer avaliação clínica contínua e manejo centrado em medidas não farmacológicas (ambiente tranquilo, manejo mínimo, suporte à alimentação), alojamento conjunto e contato pele a pele imediato - práticas asseguradas e incentivadas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) (BRASIL, 2002d). Quando há indicação clínica, institui-se o tratamento farmacológico para sintomas de abstinência, sem romper o vínculo mãe-bebê. A triagem neonatal universal, popularmente conhecida como 'teste do pezinho', instituída pela Portaria GM/MS nº 822, de 6 de junho de 2001, integra o plano inicial do recém-nascido e permite identificar precocemente condições que exigem seguimento especializado (BRASIL, 2001b). Ainda no leito, a equipe pactua um plano de alta com a família: agenda de puericultura, contrarreferência para a UBS e, quando necessário, para o CAPS AD, orientações sobre amamentação (decisão clínica individualizada), sinais de alarme e contatos de referência.

Após a alta, a proteção social básica no CRAS acompanha a família pelo programa de Proteção e Atenção Integral à Família¹⁹, articulando benefícios, documentação, creche e suporte comunitário para fortalecer os vínculos familiares. Em situações de violação de direitos ou risco agravado, a proteção especial no CREAS oferta o Serviço de Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos²⁰, sempre em parceria com as áreas da saúde e da educação. Esse percurso é reforçado pelo Marco Legal da

¹⁹ <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/protacao-e-atencao-integral-a-familia>

²⁰ <https://www.gov.br/mds/pt-br/acoes-e-programas/suas/servicos-e-programas/paefi>

Primeira Infância, disposto pela Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016 (BRASIL, 2016b), que exige arranjos intersetoriais nos primeiros seis anos de vida, e pelo Programa Criança Feliz (Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016) (BRASIL, 2016c), que organiza visita domiciliar para famílias em vulnerabilidade - uma estratégia particularmente útil quando a mãe está em tratamento e a díade precisa de apoio para rotinas de cuidado, estimulação e acesso a serviços. Em 2025, a Política Nacional Integrada da Primeira Infância (PNIFI) (Decreto nº 12.574, de 5 de agosto de 2025) (BRASIL, 2025) estabelece coordenação federal integrada para esse ciclo etário, reforçando a integração SUS/SUAS e educação no seguimento pós-alta.

Por fim, o Conselho Tutelar atua como órgão protetivo, não punitivo: requisita serviços, acompanha a execução de medidas de proteção e articula-se a CRAS/CREAS, maternidade e RAPS para soluções que preservem a família, recorrendo ao Judiciário apenas quando estritamente necessário²¹. Com um arranjo que inclui o PHPN, o Programa Nacional de Triagem Neonatal, apoio intersetorial na primeira infância (Marco Legal da Primeira Infância e PNIFI) e garantias do ECA, o acolhimento além do parto deixa de ser episódico e se transforma em linha contínua de cuidado, capaz de proteger o desenvolvimento infantil sem romper vínculos.

²¹ <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/conselhos-tutelares>

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso analítico deste trabalho demonstra que a atenção às gestantes usuárias de crack no Brasil, mais do que um desafio clínico, é um complexo problema de gestão em saúde pública. A questão central reside na complexidade de coordenar uma resposta estatal que, ao mesmo tempo, enfrente os graves riscos biológicos e os múltiplos desafios sociais. O país construiu uma notável arquitetura de cuidado ao longo das últimas décadas. A transição do modelo manicomial para a RAPS, a integração com iniciativas como a Rede Cegonha e o reconhecimento de que a gestação de usuárias de crack é uma gestação de alto risco são marcos que atestam a intenção de oferecer um cuidado abrangente. Essa estrutura legal, complementada por leis como o ECA, fornece as diretrizes para a proteção do binômio mãe-bebê.

No entanto, o maior desafio reside na efetividade da implementação. As boas práticas observadas, como as que ocorrem em Sobral (CE) e Curitiba (PR), demonstram que o sucesso depende da capacidade de superar a desarticulação entre os serviços e a distância entre a teoria e a prática. A evidência dessas fragilidades expõe a necessidade urgente de uma gestão de fluxos mais eficiente e humanizada.

Em última análise, o desafio é transformar a política pública em cuidado real. Para isso, é fundamental que a gestão em saúde garanta a articulação intersetorial e o monitoramento contínuo dos serviços. Somente assim, o Brasil poderá assegurar que as gestantes e seus filhos recebam a atenção que necessitam, traduzindo as diretrizes legais em uma proteção efetiva e digna.

REFERÊNCIAS

ABDALLA, Renata Rigacci *et al.* Prevalence of Cocaine Use in Brazil: Data from the II Brazilian National Alcohol and Drugs Survey (BNADS). **Addictive Behaviors**, v. 39, n. 1, p. 297–301, jan. 2014.

ABP, Associação Brasileira de Psiquiatria. Abuse and addiction: crack. **Revista da Associação Médica Brasileira (English Edition)**, v. 58, n. 2, p. 141–153, mar. 2012.

ABRAHAM, C. F.; HESS, A. R. B. Efeitos do Uso do Crack Sobre o Feto e o Recém-Nascido: Um Estudo de Revisão. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 8, n. 1, p. 38–51, 30 jun. 2016.

ALVES, Patrícia Pimentel *et al.* Abordagem às gestantes usuárias de crack pela “Estratégia Trevo de Quatro Folhas”: Relato de experiência. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 14, n. 2, 2015.

AZUMA, S. D.; CHASNOFF, I. J. Outcome of children prenatally exposed to cocaine and other drugs: a path analysis of three-year data. **Pediatrics**, v. 92, n. 3, p. 396–402, set. 1993.

BASTOS, FIPM *et al.* **3rd National survey on drug use by the brazilian population**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT, 2017.

BASTOS, Francisco Inácio; BERTONI, Neilane. **Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?** Rio de Janeiro: ICICT/FIOCRUZ, 2014.

BAUER, Charles R. *et al.* Acute Neonatal Effects of Cocaine Exposure During Pregnancy. **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v. 159, n. 9, p. 824, 1 set. 2005.

BOTELHO, Ana Paula Machado; ROCHA, Regina da Cunha; MELO, Victor Hugo. Uso e dependência de cocaína/crack na gestação, parto e puerpério. **FEMINA**, v. 41, n. 12, p. 23–32, fev. 2013.

BRASIL, : Ministério da Justiça e Segurança Pública. Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas. **RESOLUÇÃO/CONAD Nº 08, DE 27 DE SETEMBRO DE 2022. Aprova o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas 2022-2027.** , 27 set. 2022. Disponível em: <<https://www.gov.br/mj/pt-br/assuntos/sua-protecao/politicas-sobre-drogas/arquivo-manual-de-avaliacao-e-alienacao-de-bens/resolucao-n-8-de-27-de-setembro-de-2022.pdf>>

BRASIL, Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República. **DECRETO Nº 4.345, DE 26 DE AGOSTO DE 2002. Institui a Política Nacional Antidrogas e dá outras providências.** , 26 ago. 2002a. Disponível em: <<https://legis.senado.leg.br/norma/404413/publicacao/15677123>>

BRASIL, Ministério da Justiça. **RESOLUÇÃO/GM Nº 1, DE 9 DE MARÇO DE 2018. Diretrizes para o realinhamento e fortalecimento da Política Nacional sobre Drogas - PNAD.** , 9 mar. 2018. Disponível em: <<https://www.in.gov.br/web/dou/-/resolucao-n-1-de-9-de-marco-de-2018-6285971>>

BRASIL, Ministério da Justiça. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL**

DE 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. , 6 abr. 2001a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 822, DE 06 DE JUNHO DE 2001. Institui o Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN).** , 6 jun. 2001b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0822_06_06_2001.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 251, DE 31 DE JANEIRO DE 2002. Estabelece as diretrizes e normas para a regulamentação da assistência hospitalar em psiquiatria no Sistema Único de Saúde - SUS.** , 31 jan. 2002b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anexo_legis.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 816, DE 30 DE ABRIL DE 2002. Articula as ações desenvolvidas pelas três esferas de governo destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência e/ou uso prejudicial de álcool ou outras drogas.** , 30 abr. 2002c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0816_30_04_2002.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 2.197, DE 14 DE OUTUBRO DE 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências.** , 14 out. 2004a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2197_14_10_2004.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 122, DE 25 DE JANEIRO DE 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua.** , 25 jan. 2011a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0122_25_01_2012.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha.** , 24 jun. 2011b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** , 21 out. 2011c. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 3.088, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** , 23 dez. 2011d. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Geração de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Geração de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.** , 29 maio 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 1.082, DE 23 DE MAIO DE 2014. Redefine as**

diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes em Conflito com a Lei, em Regime de Internação e Internação Provisória (PNAISARI), incluindo-se o cumprimento de medida socioeducativa em meio aberto e fechado; e estabelece novos critérios e fluxos para adesão e operacionalização da atenção integral à saúde de adolescentes em situação de privação de liberdade, em unidades de internação, de internação provisória e de semiliberdade. , 23 maio 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1082_23_05_2014.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2015 - SAS e SGEP, Ministério da Saúde. Diretrizes e fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack/outras drogas e seus filhos recém nascidos.** , 16 set. 2015. Disponível em: <https://site.mppr.mp.br/sites/hotsites/arquivos_restritos/files/migrados/File/legis/notas/nota_tecnica__fluxo_at_mulher_situacao_de_Rua_16set2015_ms.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA/GM Nº 3.588, DE 21 DE DEZEMBRO DE 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** , 21 dez. 2017a. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Comissão Intergestores Tripartite. **RESOLUÇÃO/GM Nº 32, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).** , 14 dez. 2017b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cit/2017/res0032_22_12_2017.html>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** , 2004b. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 2, n. 1, p. 69–71, abr. 2002d.

BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS). **NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 01/2016 - Ministério da Saúde. Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascido.** , 10 maio 2016a. Disponível em: <https://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/bolsa_familia/nota_tecnica/nt_conjunta_01_MDS_msaude.pdf>

BRASIL, Secretaria Especial para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 12.574, DE 5 DE AGOSTO DE 2025. Institui a Política Nacional Integrada da Primeira Infância.** , 5 ago. 2025. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2025/decreto/D12574.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências.** , 13 jul. 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 9.782, DE 26 DE JANEIRO DE 1999. Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências.** , 26 jan. 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9782.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 11.343, DE 23 DE AGOSTO DE 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências.** , 23 ago. 2006. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 7.053, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências.** , 23 dez. 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d7053.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 7.179, DE 20 DE MAIO DE 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências.** , 20 maio 2010. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7179.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 7.637, DE 8 DE DEZEMBRO DE 2011. Altera o Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010, que institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas.** , 8 dez. 2011e. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7637.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **MEDIDA PROVISÓRIA Nº 557, DE 26 DE DEZEMBRO DE 2011. Institui o Sistema Nacional de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da Gestante e Puérpera para Prevenção da Mortalidade Materna, autoriza a União a conceder benefício financeiro, e altera a Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999.** , 26 dez. 2011f. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/mpv/557.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 13.257, DE 8 DE MARÇO DE 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância.** , 8 mar. 2016b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 8.869, DE 5 DE OUTUBRO DE 2016. Institui o Programa Criança Feliz.** , 5 out. 2016c. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8869.htm#:~:text=DECRETA%3A,8%20de%20mar%C3%A7o%20de%202016%20.>](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/decreto/d8869.htm#:~:text=DECRETA%3A,8%20de%20mar%C3%A7o%20de%202016%20.)

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 9.761, DE 11 DE ABRIL DE 2019. Aprova a Política Nacional sobre Drogas.** , 11 abr. 2019a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9761.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **LEI Nº 13.840, DE 5 DE JUNHO DE 2019. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas.** , 5 jun. 2019b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/l13840.htm>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 10.473, DE 24 DE AGOSTO DE 2020. Declara a revogação, para os fins do disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, de decretos normativos.** , 24 ago. 2020a. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2020/Decreto/D10473.htm#art1>

BRASIL, Subchefia para Assuntos Jurídicos. **DECRETO Nº 10.570, DE 9 DE DEZEMBRO DE 2020. Institui a Estratégia Nacional de Fortalecimento dos Vínculos Familiares e o seu Comitê Interministerial.** , 9 dez. 2020b. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/decreto/d10570.htm>

CAMARGO, Paola De Oliveira *et al.* O enfrentamento do estigma vivido por mulheres/mães usuárias de crack. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 4, p. 196–202, 21 dez. 2018.

CAMARGO, Paola De Oliveira *et al.* A maternidade de mulheres usuárias de crack e o papel de outros cuidadores. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, p. e28710918073, 26 jul. 2021.

CAMPOS, Alda Roberta *et al.* Principais desafios na construção de uma política integrada sobre drogas: descrição da experiência na cidade do Recife/PE. **Saúde em Debate**, v. 37, n. spe1, p. 21–31, dez. 2013.

CEJTIN, Helen E. *et al.* Effects of Cocaine on the Placenta. **Pediatric and Developmental Pathology**, v. 2, n. 2, p. 143–147, mar. 1999.

CHASIN, Alice A. da Matta; SILVA, Erasmo Soares da; CARVALHO, Virgínia Martins. Estimulantes do Sistema Nervoso Central. *In: Fundamentos de toxicologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 2021. p. 848.

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Rede Mãe Curitibana Vale a Vida.** , 2018. Disponível em: <https://www.fetalmed.net/wp-content/uploads/2018/09/Protocolo_Rede_M%C3%A3e_Curitiba_Vale_a_Vida_web.pdf>. Acesso em: 1 set. 2025

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Atenção à saúde das mulheres em situação de rua - Programa Mãe Curitibana Vale a Vida.** , 2024a. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/ATEN%C3%87%C3%83O%20%C3%80%20SA%C3%9ADE%C2%A0DAS%20MULHERES%20EM%20SITUA%C3%87%C3%83O%20DE%20RUA%20-%2011-11-2024%201.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2025

CURITIBA, Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Departamento de Atenção Primária à Saúde. **Avaliação em saúde mental na atenção primária para mulheres no período perinatal - Programa Mãe Curitibana Vale a Vida.** , 8 maio 2024b. Disponível em: <<https://saude.curitiba.pr.gov.br/images/FLUXO%20DE%20%20AVALIA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE%20MENTAL%20%20NA%20ATEN%C3%87%C3%83O%20PRIM%C3%81RIA%20%20PARA%20MULHERES%20NO%20PER%C3%8DODO%20PERINATAL.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2025

DE SOUSA, Vinicius Barroso *et al.* Síndrome de abstinência neonatal: as consequências da exposição pré natal à cocaína. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 6, n. 4, p. 17324–17329, 11 ago. 2023.

ETEMADI-ALEAGHA, Afshar; AKHGARI, Maryam. Psychotropic drug abuse in pregnancy and its impact on child neurodevelopment: A review. **World Journal of Clinical Pediatrics**, v. 11, n. 1, p. 1–13, 9 jan. 2022.

GOUIN, Katy; MURPHY, Kellie; SHAH, Prakesh S. Effects of cocaine use during pregnancy on low birthweight and preterm birth: systematic review and metaanalyses. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 204, n. 4, p. 340.e1-340.e12, abr. 2011.

HULL, Lynn *et al.* Treatment of Cocaine Abuse During Pregnancy: Translating Research to Clinical Practice. **Current Psychiatry Reports**, v. 12, n. 5, p. 454–461, out. 2010.

JANARDHAN, Nitya; ROY, Pritha Ghosh; VYAS, Arpita Kalla. Impact of maternal substance use on offspring's cardiovascular health. **Toxicology and Applied Pharmacology**, v. 450, p. 116164, set. 2022.

JUNIOR, Quirino Cordeiro; LEITE, Claudia Gonçalves. **Conhecendo os Efeitos do Uso de Drogas na Gestação e Consequências para o Bebê**. 1. ed. Brasília: Ministério da Cidadania - Brasil, 2021.

LARANJEIRA, Ronaldo. **II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (LENAD) – 2012**. São Paulo: Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas de Álcool e Outras Drogas (INPAD), UNIFESP, 2014.

LIMA, Aparecida Das Dores Silva De *et al.* Alterações neurológicas em neonatos relacionadas ao uso do crack e da cocaína: uma revisão da literatura. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 15, p. e19111536266, 8 nov. 2022.

LIZASOAIN, I.; MORO, M. A.; LORENZO, P. Cocaína: aspectos farmacológicos. **Adicciones**, v. 14, n. 1, p. 57, 15 jan. 2002.

MADRUGA, Clarice S. **Levantamento de Cenas de Uso de Capitais (LECUCA)**. São Paulo: Unidade de Pesquisa de Álcool e Drogas (UNIAD), UNIFESP, 2022.

MARTIN, Melissa M. *et al.* Cocaine-induced neurodevelopmental deficits and underlying mechanisms. **Birth Defects Research Part C: Embryo Today: Reviews**, v. 108, n. 2, p. 147–173, jun. 2016.

MARTINS-COSTA, Sergio Hofmeister *et al.* Crack: A Nova Epidemia obstétrica. **Clinical and Biomedical Research**, v. 33, n. 1, p. 55–65, mar. 2013.

MOONEY, E. Placental Pathology in Patients Using Cocaine: An Observational Study. **Obstetrics & Gynecology**, v. 91, n. 6, p. 925–929, jun. 1998.

PARDIN, Edinho Pereira *et al.* Consequências do uso de Cocaína na Gestação: Revisão Integrativa da Literatura. **Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences**, v. 5, n. 4, p. 850–860, 23 ago. 2023.

PICHINI, Simona *et al.* Assessment of exposure to opiates and cocaine during pregnancy in a Mediterranean city: Preliminary results of the “Meconium Project”. **Forensic Science International**, v. 153, n. 1, p. 59–65, out. 2005.

REIS, Gabriela Maciel Dos; MENEZES, Fabiana Ramos De; JARDIM, Danúbia Mariane Barbosa. Efeitos do Uso do Crack e Cocaína Durante a Gestação Para o Recém-Nascido. **Enfermagem em Foco**, v. 11, n. 6, 3 maio 2021.

RIBEIRO, Marcelo *et al.* Farmacologia do consumo de crack. *In: O tratamento do usuário de crack*. Porto Alegre: Artmed, 2012. v. 2 p. 117–142.

RIBEIRO, Marcelo *et al.* Centro de referência de álcool, tabaco e outras drogas: seis anos de uma intervenção. **SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas**, v. 17, n. 3, p. 27–36, set. 2021.

RIBEIRO, Mariana Cristina Lobato *et al.* Cuidado de mulheres usuárias de crack na gestação. **SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 14, n. 3, p. 185–193, 30 set. 2018.

ROTTA, Newra Tellechea; CUNHA, Gabrielle B. Prenatal exposure to cocaine: review of the neurobehavioral effects. **Jornal de Pediatria**, v. 76, n. 3, p. 179–84, 15 maio 2000.

SANTOS, Lucas Leite Dos *et al.* As consequências do uso de crack durante a gestação: a atuação do enfermeiro no cuidado à gestante. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, p. e275111436318, 26 out. 2022.

SILVEIRA, Tatiane Britto *et al.* Newborn outcomes exposure to crack cocaine during pregnancy: a critical review. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 3, p. 11220–11232, 2020.

SOUZA, Jacqueline de; KANTORSKI, Luciane Prado. Embasamento político das concepções e práticas referentes às drogas no Brasil. **SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)**, v. 3, n. 2, p. 1–18, 2007.

TEIXEIRA, Mirna Barros; ENGSTROM, Elyne Montenegro; RIBEIRO, José Mendes. Revisão sistemática da literatura sobre crack: análise do seu uso prejudicial nas dimensões individual e contextual. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 112, p. 311–330, mar. 2017.

UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. **World Drug Report 2020**: United Nations publication. [S.l.: S.n.].

ZAVASCHI, Maria Lucrecia Scherer *et al.* Socio-demographic and clinical characteristics of pregnant and puerperal crack-cocaine using women: preliminary data. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, v. 41, n. 5, p. 121–123, 2014.