

Efeito do consumo parental de *cannabis* no risco de síndrome da morte súbita do lactente: uma revisão sistemática

Lara Lobão Campos Bignoto ¹

 <https://orcid.org/0000-0002-2270-8953>

Vitor Fernandes Alvim ⁴

 <https://orcid.org/0000-0002-5376-2776>

Paula da Costa Fernandes ²

 <https://orcid.org/0009-0002-2560-0603>

Sabrine Teixeira Ferraz Grunewald ⁵

 <https://orcid.org/0000-0003-1288-1338>

Ana Cecília Finamore Bastida ³

 <https://orcid.org/0009-0008-2261-2805>

^{1,2,3,4} Hospital Universitário. Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

⁵ Departamento Materno-Infantil. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Juiz de Fora. Av. Eugênio do Nascimento, Dom Bosco. Juiz de Fora, MG, Brasil. CEP: 36.038-330. E-mail: sabrine.pediatria@gmail.com

Resumo

Objetivos: analisar e sintetizar evidências disponíveis sobre o efeito do consumo parental de *cannabis* no risco de síndrome da morte súbita do lactente (SMSL).

Métodos: realizou-se revisão sistemática nas bases: Pubmed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science e Cochrane Library, desde a origem da fonte até dezembro/2023. Os descritores utilizados foram “marijuana”, “cannab*”, “Sudden Infant Death”, “Sudden Infant Death Syndrome”, “SIDS”, “Crib Death” e “Cot Death”. A seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores de forma independente, e divergências foram definidas por um terceiro autor.

Resultados: nove estudos foram incluídos, todos realizados em países desenvolvidos. Uma análise estatística correlacionando, especificamente, a SMSL com o uso de *cannabis* estava disponível em sete estudos, e, em quatro deles, os resultados sugeriram uma associação entre exposição e desfecho. No entanto, há limitações relacionadas a ausência de dados sobre frequência, via e intensidade do uso de *cannabis*, com variação entre os estudos na forma de avaliação dessa exposição, o que compromete a comparabilidade entre estudos.

Conclusões: embora haja indícios de associação entre consumo de *cannabis* e SMSL, as limitações metodológicas impedem inferir causalidade. São necessárias pesquisas mais robustas, que explorem mecanismos subjacentes ao uso de *cannabis* na gestação e pós-parto, pela mãe e pelo pai, a fim de subsidiar recomendações preventivas.

Palavras-chave *Cannabis, Uso da maconha, Morte súbita do lactente, Saúde do lactente*



Introdução

A síndrome da morte súbita do lactente (SMSL) é definida como o falecimento súbito durante o sono de qualquer criança com menos de um ano de idade que permanece inexplicável após uma investigação minuciosa do caso com revisão da história clínica, incluindo exame *post mortem* e exame do local da morte, sendo caracterizada como um evento prevenível.¹ No Brasil, ainda há uma restrição de conhecimento sobre a prevalência dessa doença, principalmente pela falha no diagnóstico e na notificação. De acordo com dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), foram registrados 863 óbitos por SMSL no Brasil entre 2015 e 2020.²

Os fatores de risco associados a essa doença são amplos e desafiadores. No entanto, alguns são bem estabelecidos e podem ser categorizados entre intrínsecos – como sexo masculino, prematuridade, predisposição genética e exposição pré-natal a cigarros e/ou álcool – e extrínsecos – como dormir em posições prona ou decúbito lateral, tabagismo passivo, compartilhamento de cama com os pais, excesso de roupas e mantas com superaquecimento do lactente, colchão macio, objetos macios no berço e face coberta.³ Os fatores extrínsecos são considerados modificáveis.

Existem evidências que associam o uso de *cannabis* durante a gestação com dano direto ao feto. Os efeitos nocivos comprovados são baixo peso ao nascer e ser pequeno para idade gestacional, além de associações com efeitos prejudiciais para parto prematuro e internação em unidade de terapia intensiva neonatal.⁴ Em relação à SMSL, parece haver uma relação direta entre o risco aumentado de SMSL e o uso parental de *cannabis*, contudo, os mecanismos subjacentes ainda não foram totalmente esclarecidos, sendo uma correlação limitada e sujeita a investigação adicional.^{3,5}

Ainda assim, as recomendações da *American Academy of Pediatrics* (AAP) para a redução do risco de SMSL destacam que se deve evitar exposição à nicotina, álcool, maconha, opioides e drogas ilícitas.⁶ No Brasil, poucos estudos avaliaram o uso de *cannabis* na gestação, e os dados mais recentes mostraram o uso por aproximadamente 4,2% das gestantes em uma população de baixa renda, sugerindo que essa é uma importante questão de saúde pública.⁷

Portanto, a presente revisão sistemática visa analisar e sintetizar as evidências disponíveis sobre o efeito do consumo parental de *cannabis* no risco de SMSL, fornecendo uma perspectiva sobre o atual panorama de conhecimento nesta área. Espera-se que os resultados desta revisão contribuam para uma melhor compreensão dos fatores de risco para SMSL e informem intervenções preventivas eficazes.

Métodos

Esta revisão foi conduzida de acordo *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses* (PRISMA)⁸ e foi registrada no *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob número CRD42024560749.

Para definir a questão norteadora, foi adotada a estratégia População (crianças até dois anos de vida), Exposição (uso parental de cannabis no período gestacional e/ou pós-natal), Comparação (ausência de exposição passiva à cannabis no período gestacional e/ou pós-natal), Desfecho (ocorrência da síndrome da morte súbita do lactente). A pergunta norteadora da pesquisa foi: “Existe associação entre exposição passiva à cannabis no período gestacional ou pós-natal e risco da síndrome da morte súbita do lactente?”, sendo definida a exposição passiva como inalação da fumaça ou aerossol de cannabis queimada, ou exposição por via transplacentária.

A pesquisa foi realizada em dezembro de 2023, de forma independente por dois pesquisadores, sem restrições de período de publicação ou idioma. As bases de dados consultadas foram: Pubmed/MEDLINE, Embase, Scopus, Web of Science e Cochrane Library. A chave de busca utilizada foi: (marijuana) OR (cannab*) AND (Sudden Infant Death) OR (Sudden Infant Death Syndrome) OR (SIDS) OR (Crib Death) OR (Cot Death).

A seleção dos estudos foi realizada por dois pesquisadores com o auxílio do programa Microsoft Excel® de forma independente e padronizada, e possíveis divergências foram definidas por um terceiro autor. Primeiro foram lidos os títulos e resumos e, em uma segunda fase, os artigos completos. Os critérios de inclusão foram: (i) estudos que avaliaram exposição à cannabis, em qualquer dose ou via, durante o período gestacional ou pós-natal, (ii) estudos que tiveram como desfecho a síndrome da morte súbita do lactente, e (iii) estudos com desenho de caso-controle, coorte ou transversal retrospectivo. Já os critérios de exclusão foram: (i) estudos com exposições ou desfechos diferentes dos determinados nos critérios de inclusão, (ii) estudos de revisão, protocolos clínicos, relatos de casos, e (iii) e estudos publicados na forma de capítulo de livro, resumo de conferências, cartas ao editor ou editoriais.

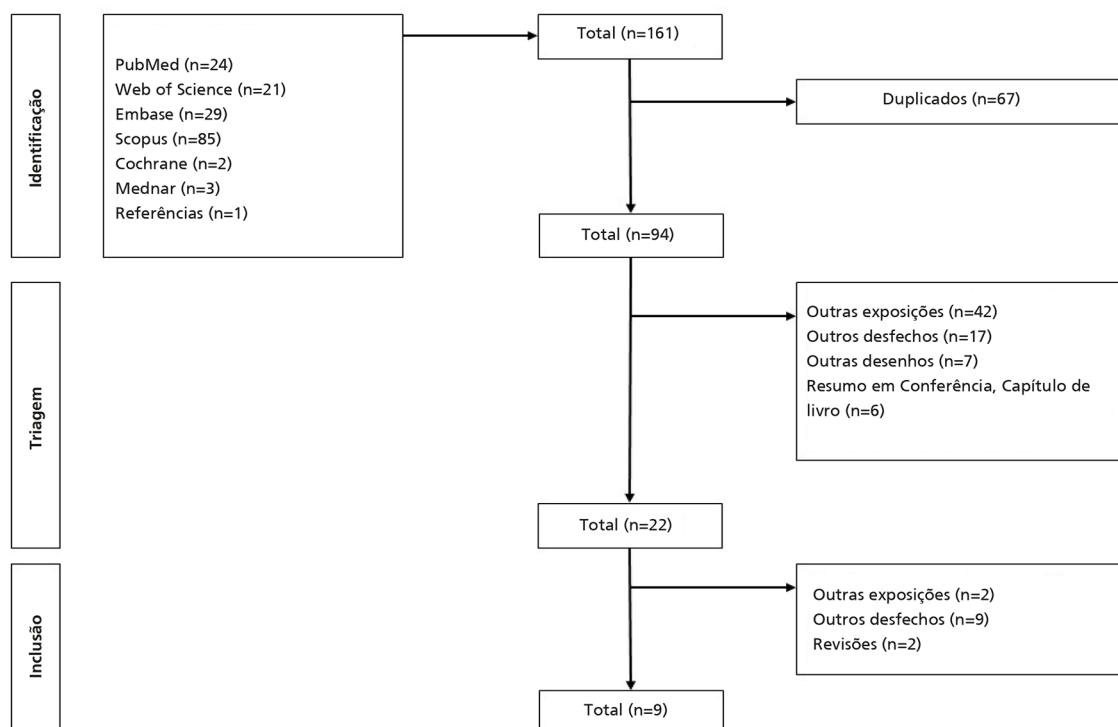
A Figura 1 traz um fluxograma da inclusão dos estudos na presente revisão.

Para a análise qualitativa, as seguintes informações foram extraídas dos estudos: autores, ano de publicação, país onde foi desenvolvida a pesquisa, desenho do estudo, quantificação da população exposta, tipo de exposição à cannabis, principais resultados e conclusões.

O risco de viés foi avaliado pelas ferramentas de avaliação crítica recomendadas pelo *The Joanna Briggs*

Figura 1

Fluxograma com as etapas de identificação, triagem e inclusão de estudos na revisão sistemática.



Institute (JBI), usando a lista de verificação para estudos de coorte, estudos transversais e de caso controle.⁹ Essas classificações não foram usadas como critérios de exclusão dos estudos.

Resultados

Um total de nove estudos foram incluídos nesta revisão sistemática. Desses, cinco (55,6%) foram publicadas nos últimos cinco anos. Observa-se que 66,7% das pesquisas foram realizadas nos Estados Unidos, e que nenhuma delas avaliou dados de países em desenvolvimento. A Tabela 1 resume as características desses estudos.

Nos estudos incluídos na revisão sistemática, a forma de avaliação da exposição à *cannabis* variou, com o uso de entrevistas, registros de prontuário e exame toxicológico. Também houve variação do momento da exposição, com possibilidade de uso na concepção, na gestação ou no período pós-natal. Informações sobre a frequência, dose e via de uso não estavam presentes nos estudos analisados. Apenas dois estudos avaliaram o consumo de *cannabis* pelos pais. O uso de *cannabis* medicinal não foi abordado por nenhuma das pesquisas.

Quanto ao desfecho de óbito por SMSL, os estudos utilizaram principalmente a informação de laudos de necropsia ou de registros de prontuários. O número de óbitos por SMSL avaliados em cada estudo variou de quatro a 1549. Somados, os estudos incluídos na revisão sistemática avaliaram 3.132 óbitos por SMSL.

Uma análise estatística correlacionando, especificamente, a SMSL com o uso de *cannabis* estava disponível em sete dos nove estudos incluídos. Em quatro desses sete estudos, os resultados obtidos sugeriram uma associação entre exposição e desfecho. Nos outros três estudos, observa-se que, apesar de sugerir-se uma tendência de associação, os intervalos de confiança não permitem confirmá-la.

A Tabela 2 traz os resultados da análise de risco de viés dos estudos incluídos na revisão sistemática. Observa-se que os estudos incluídos na revisão cumpriram a maior parte dos requisitos para um menor risco de viés, de acordo com as escalas de avaliação empregadas.

Discussão

Diante da análise dos estudos selecionados nesta revisão sistemática, foi demonstrado que a maior parte da literatura disponível apresentou resultados sugestivos da correlação entre o consumo parental de *cannabis* e a SMSL.

Dada a crescente legalização da *cannabis* no mundo ocidental, o consumo tem sua prevalência aumentando a cada ano, o que envolve as mulheres em idade fértil e, consequentemente, as gestantes.¹⁸ Dados da *US National Surveys of Drug Use and Health* de 2016 e 2017 mostraram que 12% das gestantes no primeiro trimestre e cerca de 4% no segundo e terceiro trimestres relataram uso de *cannabis* nos últimos 30 dias.¹⁸ Nesse mesmo inquérito, 20% das gestantes que relataram consumo de *cannabis* preenchiam critérios para dependência da droga.¹⁹

Tabela 1

Características dos estudos incluídos na revisão sistemática, ordenados pelo ano de publicação. Brasil, 2025.

Autor, ano	País	Desenho	Período de estudo	Exposição avaliada	Desfechos avaliados	n (desfecho)	n (controles ou desfecho ausente)	Análise estatística
Rosen e Johnson, ¹⁰ 1988	Estados Unidos	Coorte prospectiva	1982 a 1983	A exposição gestacional à <i>cannabis</i> foi identificada por relato materno durante o pré-natal	A SMSL foi definida após laudo de necropsia	4	61	Das quatro crianças que morreram por SMSL, 3 eram filhas de mães em uso de <i>cannabis</i>
Ostrea Jr et al., ¹¹ 1997	Estados Unidos	Coorte prospectiva	1988 a 1989	A exposição gestacional à <i>cannabis</i> foi identificada por análise meconial	A causa da morte foi definida pelo registro de prontuário	11	2953	Para crianças expostas a drogas de abuso em geral: RC = 1,5 (IC95%= 0,46 a 5,01) Uso na concepção: RCa=2,2 (1,2 - 2,4), <i>p</i> =0,01; Uso na gestação: RCa=2,0 (1,0 - 4,1), <i>p</i> =0,05; Uso pós-natal: RCa=2,8 (1,1 - 7,3), <i>p</i> =0,04
Klonoff-Cohen e Lam-Kruglick, ¹² 2001	Estados Unidos	Caso-controle	1989 a 1992	Os pais das crianças foram entrevistados sobre o uso de <i>cannabis</i> do momento da concepção até o óbito da criança	A SMSL foi definida após laudo de necropsia	239	239	Uso na gestação: RCa=1,18 (IC95%= 0,76 a 1,85); Uso pós-natal: RCa=1,38 (IC95%= 0,90 a 2,12)
Scragg et al., ⁵ 2007	Nova Zelândia	Caso-controle	1987 a 1990	A exposição à <i>cannabis</i> , gestacional e pós-natal, foi identificada em entrevista com as mães	A SMSL foi definida após laudo de necropsia e investigação policial de causas alternativas	393	1800	Exposição à <i>cannabis</i> foi identificada em 25% dos casos
Claudet et al., ¹³ 2021	França	Transversal retrospectivo	2015 a 2018	A exposição à <i>cannabis</i> foi identificada por análise toxicológica após o óbito	A SMSL foi diagnosticada em centros de referência no país, sendo incluídos casos em que foi solicitada análise toxicológica	398	-	
Bandoli et al., ¹⁴ 2022	Estados Unidos	Coorte retrospectiva	2005 a 2017	Qualquer diagnóstico materno relacionado ao uso de <i>cannabis</i> ¹	A SMSL foi definida por registros de causa de óbito ²	211	484.905	RRa = 2,7 (IC95%= 1,5 a 5,0)
Hauck e Blackstone, ¹⁵ 2022	Estados Unidos	Caso-controle	1993 a 1996	Uso de <i>cannabis</i> durante a gestação	A SMSL foi definida após laudo de necropsia	195	195	RCa = 2,76 (IC95%= 1,28 a 5,93)
MacFarlane et al., ¹⁶ 2022	Nova Zelândia	Caso-controle	2012 a 2015	Os pais das crianças foram entrevistados sobre o uso de <i>cannabis</i> nas últimas 24 horas	A SMSL foi definida após laudo de necropsia e investigação policial de causas alternativas	132	258	RCa = 6,41 (IC95%= 0,44 a 94,26)
Bandoli et al., ¹⁷ 2023	Estados Unidos	Coorte retrospectiva	2011 a 2018	Qualquer diagnóstico materno relacionado ao uso de <i>cannabis</i> ¹	A SMSL foi definida por registros de causa de óbito ²	1549	3.459.555	RRa = 1,5 (IC 95%= 1,2 a 1,9)

¹abuso de *cannabis* sem dependência; dependência de *cannabis*; transtorno relacionado à *cannabis*; ²óbito registrado como "SMSL", "sufocação ou estrangulamento acidental no leito" ou "causa desconhecida". IC= intervalo de confiança; RCa = razão de chances ajustada; RRa = razão de risco ajustada; SMSL = síndrome da morte súbita do lactente.

Tabela 2

Lista de verificação de avaliação crítica para estudos de coorte, transversais e de caso controle. Brasil, 2025.

Estudos de coorte	Critério de avaliação ⁹										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Bandoli <i>et al.</i> , ¹⁴ 2022	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S
Bandoli <i>et al.</i> , ¹⁷ 2023	S	S	S	S	S	S	S	S	S	NA	S
Ostrea Jr <i>et al.</i> , ¹¹ 1997	S	S	U	N	U	S	S	S	S	NA	S
Rosen e Johnson, ¹⁰ 1988	N	S	S	S	N	S	S	S	S	NA	N
Estudos de caso controle	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Hauck e Blackstone, ¹⁵ 2022	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
Klonoff-Cohen e Lam-Kruglick, ¹² 2001	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	
MacFarlane <i>et al.</i> , ¹⁶ 2022	S	S	S	U	S	S	S	S	S	S	
Scragg <i>et al.</i> , ⁵ 2007	S	S	S	U	S	S	S	S	S	S	
Estudos transversais	1	2	3	4	5	6	7	8			
Claudet <i>et al.</i> , ¹³ 2021	S	S	S	S	S	N	S	N			

S = Sim; N = Não; U = Não está claro; NA = Não se aplica.
 Aromataris *et al.*⁹

O tetrahydrocannabinol (THC), o principal componente psicoativo da *cannabis*, é lipofílico e atravessa facilmente a placenta, podendo se acumular no feto.²⁰ Estudos sugerem que a exposição pré-natal ao THC pode desregular o sistema endocanabinoide, crucial para a implantação placentária e o desenvolvimento fetal.²⁰ Já uma meta-análise de 2022 associou o uso de *cannabis* durante a gestação a um aumento de 61% no risco de bebês pequenos para a idade gestacional, 106% no risco de baixo peso ao nascer, 28% no risco de nascimento prematuro e 38% no risco de internação em unidade de terapia intensiva neonatal.²¹

Considerando a relação específica entre consumo de *cannabis* perigestacional e risco de SMSL, o estudo de Bandoli *et al.*,¹⁴ evidenciou que um diagnóstico relacionado ao uso de *cannabis* durante a gestação conferiu um risco 2,7 vezes maior de SMSL, incluindo ajuste para o uso materno de nicotina.¹⁴ Já os resultados de uma nova pesquisa do mesmo grupo, em 2023, mostraram que a incidência de morte infantil no primeiro ano de vida foi maior entre aqueles com diagnóstico de transtorno por uso materno de *cannabis* em comparação aos sem esse diagnóstico.¹⁷

Um estudo francês avaliou a análise toxicológica post-mortem de 398 casos de lactentes que faleceram de SMSL entre 2015 e 2018. As principais substâncias isoladas foram drogas ilícitas (43%), sendo *cannabis* e opiáceos as principais drogas identificadas.¹³ No entanto, não foi declarada a estatística específica da *cannabis* isoladamente, não permitindo conclusões sobre essa possível associação. De forma semelhante, o trabalho de Rosen e Johnson,¹⁰ não avaliou a *cannabis* de forma individual, mas em apenas um dos casos de SMSL analisados, o lactente era filho de uma mãe com história consumo de maconha e leve abuso de álcool.¹⁰

O estudo de Klonoff-Cohen e Lam-Kruglick,¹² foi o único selecionado a analisar a influência do consumo de *cannabis* pelo pai na SMSL, destacando que o papel do uso paterno de drogas psicoativas é uma área pouco estudada. O consumo paterno de *cannabis* durante a concepção, gestação e período pós-natal, considerando fumar na presença ou perto do bebê, foi significativamente associado à SMSL na análise univariada e multivariada. Segundo os autores, este resultado pode ser atribuído à maior prevalência de homens que fumam *cannabis* em comparação às mulheres, bem como à maior quantidade, frequência e duração do consumo entre homens.¹²

Outra pesquisa, realizada nos Estados Unidos em 2021, concluiu que o uso de álcool, cocaína e *cannabis* durante a gestação aumenta o risco de SMSL, sendo que o uso materno de *cannabis* na gestação aumentou em cinco vezes o risco de SMSL.¹⁵ No entanto, o consumo de *cannabis* tornou-se não significativo no modelo multivariável, considerando variáveis sociodemográficas.¹⁵

Em contrapartida, outros estudos analisados^{11,13} evidenciaram que a relação entre o consumo parental de *cannabis* e a SMSL pode não ser tão direta assim, apresentando outros fatores correlacionados que devem ser levados em consideração. Uma pesquisa realizada na Nova Zelândia evidenciou que o uso recente de *cannabis* por cuidadores, quando considerado isoladamente, não foi associado de forma estatisticamente significativa com SMSL.¹⁶ Entretanto, a exposição a fatores de risco que podem estar correlacionados, como dormir no sofá ou o uso recente de álcool e/ou outras drogas por cuidadores, se associaram a um risco significativamente aumentado de SMSL.¹⁶

O estudo de Ostrea *et al.*,¹¹ avaliou 2.964 bebês dos Estados Unidos ao nascer quanto a exposição a diversas drogas por meio de análise de mecônio. No

entanto, as taxas de mortalidade no grupo positivo para drogas, incluindo especificamente canabinóides, não foram significativamente diferentes das taxas dos grupos negativos para drogas.¹¹ Já em outra pesquisa na Nova Zelândia foi encontrada uma forte relação entre o consumo de cannabis desde o nascimento e a SMSL. Entretanto, após ajustes para etnia e tabagismo, as principais associações com o consumo de cannabis, o risco caiu para 1,73, e para 1,47 com todos os fatores de confusão, permanecendo significativo.⁵ No entanto, os resultados sugerem que a cannabis é um fator de risco fraco para SMSL, e que o risco associado ao consumo frequente de cannabis (semanal ou mais) pelas mães é semelhante ao do tabaco (diário) e igualmente influenciado por fatores sociodemográficos.⁵

A AAP traz, em suas recomendações, a observação de que pais que consomem substâncias ilícitas tornam-se menos vigilantes, o que os impede de perceber prontamente situações de risco para a criança e reduz sua capacidade de despertar em caso de emergência. O risco é ainda maior em situações de cama compartilhada, nas quais o estado de alerta prejudicado pode levar a incidentes graves, como sufocamento acidental ao rolar sobre a criança.⁶ Adicionalmente, esses pais podem adormecer com o lactente nos braços, aumentando o risco de quedas e sufocamentos. A alteração da lucidez, provocada pelo uso de substâncias, também predispõe a situações de negligência, como deixar objetos próximos ao rosto do bebê, posicioná-lo de maneira inadequada para dormir ou superaquecer a criança, todos fatores que podem levar à asfixia ou outros riscos fatais.⁶

A revisão identificou importantes limitações nos estudos disponíveis: viés geográfico pela predominância de pesquisas em países desenvolvidos; uso de indicadores pouco precisos da exposição à cannabis, muitas vezes baseados apenas em códigos de diagnóstico materno; grande variação na forma de mensurar o consumo (frequência, intensidade, via de uso), sem considerar ingestão oral ou exposição pós-natal pelo leite materno; e inconsistências na classificação da frequência de consumo, o que reduz a comparabilidade entre estudos.

Considerações finais

De forma geral, os estudos analisados na presente revisão sistemática sugerem a possibilidade de associação entre o consumo de cannabis e o risco de SMSL. No entanto, as limitações desta revisão evidenciam a necessidade de estudos mais abrangentes sobre o uso isolado de cannabis por mães e pais e sua relação com a SMSL, com obtenção de dados mais precisos em relação à frequência, intensidade e via de uso. A maioria dos estudos concentra-se em países desenvolvidos e carece de análise adequada

das variáveis socioeconômicas que influenciam os resultados. Portanto, são necessários estudos futuros que explorem os mecanismos subjacentes ao uso de cannabis na gestação e no pós-parto, tanto pela mãe quanto pelo pai, para estabelecer uma correlação mais precisa com a SMSL. Esses estudos devem replicar os achados em novos contextos e identificar variáveis mediadoras no caminho causal entre o uso de *cannabis* e a mortalidade infantil. Além disso, é imperativo desenvolver intervenções eficazes para tratar o transtorno do uso de cannabis durante a gestação, bem como implementar recomendações nacionais para exames investigativos diante do registro nacional de mortalidade infantil. Isso contribuirá para uma melhor compreensão e mitigação dos riscos associados ao uso de cannabis parental e a SMSL.

Contribuições dos autores

Bignoto LLC, Fernandes PC, Bastida ACF: extração dos dados, redação do rascunho original.

Alvim VF: coordenação da execução da pesquisa, redação final do manuscrito.

Grunewald STF: concepção e coordenação da pesquisa, análise de dados, redação final do manuscrito.

Todos os autores aprovaram a versão final do artigo e declaram não haver conflito de interesse.

Disponibilidade de Dados

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi publicado no próprio artigo.

Referências

1. Wojcik MH, Krous HF, Goldstein RD. Sudden Unexplained Death in Childhood: Current Understanding. *Pediatr Emerg Care*. 2023 Dec; 39 (12): 984-5.
2. Braga GGS, Martelli ABS, Gomes CB, Gianoto NR, Cardoso IK. Síndrome da morte súbita infantil: um estudo da prevalência nas regiões brasileiras dos anos de 2015 a 2020, associação com os fatores de risco e formas de prevenção. *Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciênc Educ*. 2024 Jan; 10 (1): 155-67.
3. Trachtenberg FL, Haas EA, Kinney HC, Stanley C, Krous HF. Risk Factor Changes for Sudden Infant Death Syndrome After Initiation of Back-to-Sleep Campaign. *Pediatrics*. 2012 Apr; 129 (4): 630-8.
4. Solmi M, De Toffol M, Kim JY, Choi MJ, Stubbs B, Thompson T, et al. Balancing risks and benefits of cannabis use: umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials and observational studies. *BMJ*. 2023 Aug; 382: e072348.

5. Scragg RK, Mitchell EA, Ford RP, Thompson JM, Taylor BJ, Stewart AW. Maternal cannabis use in the sudden death syndrome. *Acta Paediatr*. 2001 Jan; 90 (1): 57-60.
6. Moon RY, Carlin RF, Hand I; AAP Task Force on Sudden Infant Death Syndrome; AAP Committee on Fetus and Newborn. Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*. 2022 Jul; 150 (1): e2022057990.
7. Shu JE, Huang H, Menezes PR, Faisal-Cury A. Prevalence and risk factors for cannabis use in low-income pregnant women in São Paulo, Brazil. *Arch Womens Ment Health*. 2016 Feb; 19: 193-6.
8. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. PRISMA Group. Preferred reporting items for Systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009 Jul; 6: e1000097.
9. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIManual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. [Internet]. [acesso em 2024 Jun 21]. Disponível em: <https://synthesismanual.jbi.global>
10. Rosen TS, Johnson HL. Drug-addicted mothers, their infants, and SIDS. *Ann N Y Acad Sci*. 1988; 533: 89-95.
11. Ostrea EM Jr, Ostrea AR, Simpson PM. Mortality within the first 2 years in infants exposed to cocaine, opiate, or cannabinoid during gestation. *Pediatrics*. 1997 Jul; 100 (1): 79-83.
12. Klonoff-Cohen H, Lam-Kruglick P. Maternal and paternal recreational drug use and sudden infant death syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001 Jul; 155 (7): 765-70.
13. Claudet I, Visme S, Duthoit G, Barnet L, Marchand-Tonel C, Chever M, *et al*; OMIN Study Group. Prevalence of positive toxicology analysis from the French national registry for sudden unexpected infant death (Tox-MIN). *Clin Toxicol (Phila)*. 2022 Jan; 60 (1): 38-45.
14. Bandoli G, Baer RJ, Owen M, Kiernan E, Jelliffe-Pawlowski L, Kingsmore S, *et al*. Maternal, infant, and environmental risk factors for sudden unexpected infant deaths: results from a large, administrative cohort. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2022 Dec; 35 (25): 8998-9005.
15. Hauck FR, Blackstone SR. Maternal Smoking, Alcohol and Recreational Drug Use and the Risk of SIDS Among a US Urban Black Population. *Front Pediatr*. 2022 May; 10: 809966.
16. MacFarlane ME, Thompson JMD, Wilson J, Lawton B, Taylor B, Elder DE, *et al*. Infant Sleep Hazards and the Risk of Sudden Unexpected Death in Infancy. *J Pediatr*. 2022 Jun; 245: 56-64.
17. Bandoli G, Delker E, Schumacher BT, Baer RJ, Kelly AE, Chambers CD. Prenatal cannabis use disorder and infant hospitalization and death in the first year of life. *Drug Alcohol Depend*. 2023 Jan; 242: 109728.
18. Volkow ND, Han B, Compton WM, McCance-Katz EF. Self-reported Medical and Nonmedical Cannabis Use Among Pregnant Women in the United States. *JAMA*. 2019 Jul; 322 (2): 167-9.
19. Alshaarawy O, Anthony JC. Cannabis use among women of reproductive age in the United States: 2002-2017. *Addict Behav*. 2019 Dec; 99: 106082.
20. Gesterling L, Bradford H. Cannabis Use in Pregnancy: A State of the Science Review. *J Midwifery Womens Health*. 2022 May; 67 (3): 305-13.
21. Marchand G, Masoud AT, Govindan M, Ware K, King A, Ruther S, *et al*. Birth Outcomes of Neonates Exposed to Marijuana in Utero: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open*. 2022 Jan; 5 (1): e2145653.

Recebido em 13 de Agosto de 2024

Versão final apresentada em 15 de Setembro de 2025

Aprovado em 16 de Setembro de 2025

Editor Associado: Karla Bomfim