

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

JUCYARA NATÁLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO EM PACIENTES
ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL PÚBLICO E PRIVADO EM
ARACAJU - SE**

ARACAJU/SE

2019

JUCYARA NATÁLLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO EM PACIENTES
ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL PÚBLICO E PRIVADO EM
ARACAJU - SE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Orientadora: Prof.^a PhD. Julia Maria Gonçalves Dias

ARACAJU/SE

2019

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO EM PACIENTES
ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL PÚBLICO E PRIVADO EM
ARACAJU - SE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aracaju, ____/____/____

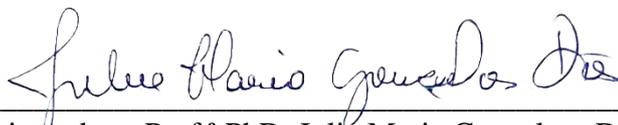
Autora: Jucyara Natália Araújo de Oliveira

JUCYARA NATÁLLIA ARAÚJO DE OLIVEIRA

**USO DE MEDICAMENTOS DURANTE A GESTAÇÃO EM PACIENTES
ATENDIDAS EM SERVIÇOS DE PRÉ-NATAL PÚBLICO E PRIVADO EM
ARACAJU - SE**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial à conclusão do curso de Medicina do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde.

Aprovada em ____/____/____



Orientadora: Prof.ª PhD. Julia Maria Gonçalves Dias
Universidade Federal de Sergipe

BANCA EXAMINADORA

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

Universidade Federal de Sergipe

*Dedico este trabalho à minha avó Lili (in memoriam)
que, a partir de sua história de vida, ensinou-me a
não desistir dos meus objetivos diante dos obstáculos.*

Agradeço a Deus pela oportunidade e pela coragem de concluir este trabalho. À minha mãe, à minha irmã e ao meu namorado, por todo amor e incentivo. Às minhas amigas Ana, Isabelle, Jéssica e Waleska que, no decorrer dos anos, apoiaram-me e compartilharam comigo as dificuldades dessa jornada.

LISTA DE FIGURAS

TABELA I Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e obstétricas em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

TABELA II Distribuição de frequência do uso de medicações em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

TABELA III Distribuição de frequência do alívio de sintomas, reação indesejada e interrupção do uso do medicamento em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

TABELA IV Distribuição de frequência de gestantes dos serviços público e privado quanto ao número de classes de medicamentos utilizados e ao risco de medicamentos.

TABELA V – Associação entre automedicação e variáveis socioeconômicas e do pré-natal em gestantes atendidas no setor público e privado

TABELA VI – Associação entre informação sobre medicamentos e variáveis socioeconômicas e do pré-natal no setor público e privado

TABELA VII – Associação entre número de drogas utilizadas e variáveis estudadas no setor público e privado.

GRÁFICO I Distribuição das gestantes dos serviços público e privado por número de drogas utilizadas por trimestre gestacional

LISTA DE ABREVIATURAS

- ABC – Transportador ATP *Binding Cassete*
- ATP – Trifosfato de adenosina
- Beta-hCG – Gonadotrofina Coriônica Humana
- EAM – Efeito Adverso a Medicamento
- EUA – Estados Unidos da América
- EUM – Estudos de Utilização de Medicamentos
- FDA – Food and Drug Administration
- FEBRASGO – Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia
- IMC – Índice de Massa Corpórea
- MEPREP – Programa de Avaliação de Riscos da Exposição de Medicamentos na Gestação
- MS – Ministério da Saúde
- OMS – Organização Mundial da Saúde
- PaCO₂ – Pressão arterial parcial de dióxido de carbono
- PaO₂ – Pressão parcial de oxigênio
- P-gp – Glicoproteína P
- RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
- UBS – Unidade Básica de Saúde
- USG – Ultrassonografia
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| I. INTRODUÇÃO..... | 9 |
| II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 10 |
| 1. Gravidez: conceito e modificações no organismo materno..... | 10 |
| 1.1. Sistema cardiocirculatório | 10 |
| 1.2. Sistema respiratório | 10 |
| 1.3. Sistema gastrointestinal | 11 |
| 1.4. Sistema urinário | 11 |
| 1.5. Sistema endócrino..... | 12 |
| 1.6. Sistema hematológico | 12 |
| 1.7. Pele e fâneros..... | 12 |
| 1.8. Sistema osteoarticular..... | 12 |
| 2. Pré-natal no Brasil e gestação de baixo risco | 12 |
| 3. Drogas e gestação..... | 14 |
| 4. Farmacoepidemiologia | 17 |
| III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 19 |
| IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO..... | 22 |
| V. ARTIGO ORIGINAL..... | 26 |
| Resumo..... | 27 |
| Introdução | 27 |
| Material e Métodos | 29 |
| Resultados e Discussão | 30 |
| Conclusões | 44 |
| Abstract | 45 |
| Referências Bibliográficas | 46 |
| VI. ANEXOS..... | 48 |
| 1. Anexo 1 | 48 |
| 2. Anexo 2 | 49 |

I. INTRODUÇÃO

A conhecida tragédia da Talidomida na década de 1960 trouxe à tona uma preocupação constante acerca do uso de medicações entre gestantes (KAWAMURA *et al.*, 2014). Em contrapartida, devido aos conflitos éticos, não se realizam ensaios clínicos randomizados com medicamentos em mulheres grávidas, pois as drogas testadas podem provocar teratogenia e/ou morte do conceito. Para muitos fármacos, as informações acerca dos efeitos colaterais em gestantes e fetos são divulgadas após estudos realizados em animais ou a partir de relatos de caso (ADAM *et al.*, 2011; JOHNSON *et al.*, 2013).

Durante a gestação, o organismo da mulher sofre diversas modificações, que influenciam na absorção, na distribuição e na eliminação das drogas utilizadas (BUCKOREELALL *et al.*, 2012).

Sabe-se que, nos últimos anos, tem crescido o uso de medicações durante a gestação, seja por meio de prescrição ou de automedicação – esta é comum em países em desenvolvimento, onde o sistema de saúde comumente apresenta falhas (EBRAHIMI *et al.*, 2017). A maior frequência ocorre sobretudo no período em que a mulher desconhece o seu estado ou devido às mudanças fisiológicas decorrentes da concepção (ADAM *et al.*, 2011; JOHNSON *et al.*, 2013; THORPE *et al.*, 2013).

A fim de avaliar os medicamentos quanto ao risco à gestação, em 1979, a agência norte-americana Food and Drug Administration (FDA) classificou-os em risco A (sem evidência de risco em gestantes), B (experiências em animais não detectaram riscos; não há estudos adequados em gestantes), C (experiências em animais demonstraram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez; não há estudos adequados em gestantes), D (há evidências de risco em fetos humanos; o benefício pode justificar o risco potencial) e X (contraíndicado na gestação, pois estudos revelaram anormalidades no feto ou evidências de risco para o feto) (CAPARROZ *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a automedicação representa uma parcela importante no sistema de cuidados com a saúde e, por ser comum em mulheres brasileiras em período fértil, torna-se um ponto de preocupação, já que os fármacos utilizados podem acarretar consequências à gestante e/ou ao feto (RIBEIRO *et al.*, 2013).

II. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

1. Gravidez: conceito e modificações no organismo materno

Gravidez é uma etapa em que há formação e desenvolvimento do concepto. Durante esse período, o organismo da mulher sofre alterações anatômicas e fisiológicas decorrentes de diversos ajustes hormonais e mecânicos, que possibilitam o desenvolvimento do concepto (MONTENEGRO, 2011).

Para se obter o diagnóstico de uma gravidez, utilizam-se critérios clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos. Os achados clínicos envolvem sinais de presunção (atraso menstrual, manifestações clínicas e modificações anatômicas), probabilidade (amolecimento e aumento de volume da cérvix uterina, aumento da vascularização das paredes vaginais) e certeza (presença de batimentos cardíacos fetais e percepção de movimentos fetais). Como exame laboratorial, pode ser solicitada dosagem de gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG), que constitui um outro sinal de probabilidade. A ultrassonografia (USG) detecta saco gestacional e atividade cardíaca, além de auxiliar a determinar com mais precisão a idade gestacional e de detectar gestação múltipla e malformações fetais (Ministério da Saúde, 2012).

Dentre as modificações observadas no organismo materno durante a gestação, podem-se citar as dos sistemas circulatório, respiratório, gastrointestinal, urinário, endócrino, hematológico, dermatológico e osteoarticular (ZUGAIB, 2016).

1.1.Sistema cardiocirculatório

Durante a gestação, o coração da mulher é deslocado para cima e para esquerda devido ao aumento da pressão intra-abdominal provocado pelo crescimento uterino. Há redução da resistência vascular periférica, o que aumenta o volume sistólico e o débito cardíaco e diminui os níveis pressóricos – queda diastólica é normalmente maior que a sistólica (LAI *et al.*, 2017). Ocorre também aumento da frequência cardíaca. Além disso, a capacidade cardíaca tende a aumentar em virtude da hipertrofia e hiperplasia do miocárdio. Dessa forma, à ausculta podem-se encontrar primeira bulha hiperfonética, terceira bulha e sopro pulmonar mesodiastólico. E, em virtude da compressão uterina sobre a veia cava inferior, principalmente em posição supina, o retorno sanguíneo ao coração diminui, o que causa edema em membros inferiores (FEBRASGO, 2008; MONTENEGRO, 2011).

1.2.Sistema respiratório

Na cavidade nasal, observam-se alterações durante a gravidez, como hiperemia, hipersecreção e edema, o que corrobora para obstrução nasal. Também há aumento da pressão

arterial parcial de oxigênio (PaO_2) e diminuição da pressão arterial parcial de dióxido de carbono (PaCO_2), caracterizando uma alcalose respiratória compensada. Com o crescimento uterino, o diafragma desloca-se no sentido caudo-cranial e, para compensar, aumentam-se os diâmetros anteroposterior e transversal. A capacidade inspiratória, a capacidade vital e a frequência respiratória mantêm-se inalteradas e o volume-corrente e volume-minuto crescem. Com as trocas materno-fetais, há maior demanda de oxigênio (SIDDQUI *et al.*, 2014).

1.3.Sistema gastrointestinal

A gravidez, junto aos seus hormônios, provoca náuseas, vômitos e redução da motilidade e do tônus do trato gastrointestinal. A gengiva sofre hipersalivação, hipertrofia, hiperemia e friabilidade e, por isso, passa a sangrar facilmente. Ocorre aumento da liberação de gastrina, redução do pH, aumento do volume e retardo do esvaziamento gástricos e relaxamento do cárdia – é comum queixa de pirose e/ou regurgitação. Encontra-se lentificação do esvaziamento biliar, que pode estimular formação de cálculos. Nota-se também surgimento ou intensificação da constipação intestinal devido à diminuição do peristaltismo, à suplementação com ferro e à redução da prática de exercícios físicos (FEBRASGO, 2008; SAFFIOTI *et al.*, 2011).

1.4.Sistema urinário

A grávida tem os rins aumentados de tamanho em cerca de 1cm – devido à intensificação da vascularização renal e do espaço intersticial – e deslocados em sentido cranial pelo feto. Ela sofre dilatação dos cálices renais, das pelves renais e dos ureteres, além de redução do peristaltismo ureteral (esse quadro predispõe à nefrolitíase e à infecção de trato urinário na gestante). Devido ao aumento do fluxo plasmático e dos hormônios maternos e placentários (hormônio adrenocorticotrófico, hormônio antidiurético, aldosterona, cortisol e hormônio gonadotrófico coriônico), a função renal encontra-se modificada – há redução da resistência vascular renal, aumento da taxa de filtração glomerular (que também é influenciada pelo aumento do débito cardíaco) e do *clearance* de creatinina. Além disso, há intensificação da excreção de glicose, aminoácidos, vitaminas hidrossolúveis e ácido úrico (FEBRASGO, 2008; MONTENEGRO, 2011; KORKES *et al.*, 2014).

A bexiga é comprimida pelo útero aumentado – fator que provoca o aumento da frequência miccional – e tem sua capacidade expandida devido à intensificação da irrigação sanguínea e à redução do tônus. O resíduo urinário e o tamanho da uretra também aumentam (FEBRASGO, 2008). Por fim, detecta-se retenção de sódio devido à ativação da cascata renina-angiotensina-aldosterona (MONTENEGRO, 2011).

1.5.Sistema endócrino

Em meio à gestação, as alterações endócrinas são complexas e são, em grande parte, decorrentes do surgimento e desenvolvimento da placenta. Nota-se intensificação hormonal dos eixos hipotálamo-hipófise-ovário, hipotálamo-hipófise-tireoide e hipotálamo-hipófise-adrenal (ZUGAIB, 2016).

1.6.Sistema hematológico

Com a gravidez, nota-se aumento do volume sanguíneo, da massa eritrocitária, das necessidades de ferro, do número total de leucócitos e dos fatores de coagulação e redução do hematócrito e da hemoglobina (FEBRASGO, 2008). Como a elevação do volume plasmático supera à do volume globular, é comum encontrar-se anemia fisiológica da gravidez. Além disso, a alteração do equilíbrio dos fatores de coagulação provoca um estado de hipercoagulabilidade durante a gestação (MONTENEGRO, 2011).

1.7.Pele e fâneros

A gestante costuma apresentar hiperpigmentação (em aréola, mamilos, axilas, períneo, vulva, umbigo e linha alba); cloasma (manchas hiperocrômicas em região de face); hirsutismo em face, pernas e abdome; estrias; agravamento de lipodistrofia e alterações vasculares cutâneas, como teleangiectasia e eritema palmar (BRÁS *et al.*, 2015).

1.8.Sistema osteoarticular

Devido ao aumento do peso em região abdominal, observam-se lordose progressiva e aumento da mobilidade das articulações pélvicas (FEBRASGO, 2008) – tal fato é uma forma de compensar a alteração do eixo de equilíbrio postural. Além disso, a grávida passa a deambular com passos mais curtos, o que caracteriza a marcha anserina (MONTENEGRO, 2011).

2. Pré-natal no Brasil e gestação de baixo risco

Segundo o Ministério da Saúde, assistência pré-natal consiste em “assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (Ministério da Saúde, 2012). Para ser classificada como adequada, ela deve:

1. Prevenir, identificar e/ou corrigir as anormalidades maternas ou fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo fatores socioeconômicos e emocionais, em como médicos e/ou obstétricos; 2. Instruir a paciente no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto, parto, atendimento ao recém-nascido, bem como aos meios de que ela pode se valer para melhorar sua saúde; 3. Promover um suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a tem sob seu cuidado, especialmente na primeira gravidez, de forma que ela possa ser bem-sucedida na sua adaptação à gravidez e diante dos desafios que enfrentará ao criar uma família (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia – FEBRASGO, 2008).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece que haja no mínimo seis consultas pré-natais. A FEBRASGO defende que as consultas devem ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais de 37 semanas até o nascimento (FEBRASGO, 2008).

Conforme proposto pelo Ministério da Saúde, a assistência pré-natal é realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS), que, por meio de seus profissionais no âmbito da assistência integral à saúde da mulher, deve acolher a gestante, estabelecer um vínculo com ela, avaliar o contexto social no qual está inserida e basear as condutas nas necessidades da mesma. Para isso, é necessário que haja: recursos humanos; área física adequada; equipamentos e instrumentos necessários; medicamentos básicos e vacinas contra tétano e hepatite B; realização de testes rápidos na UBS e apoio laboratorial para exames de rotina; registro, processamento e análise de dados obtidos. O fluxo de informações deve ser descrito nos seguintes documentos obrigatórios: cartão da gestante, mapa de registro diário e ficha perinatal. Durante o acolhimento da gestante, devem-se identificar possíveis fatores de risco a fim de se “reduzir a morbimortalidade materno-infantil”. É classificada como baixo risco a gestação “em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e na qual a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores que as da população em geral”. Alguns casos são considerados fatores de risco, mas, se não houver intercorrências, podem ser acompanhados na atenção básica, como: gestante com idade inferior a 15 ou superior a 35 anos; ocupação que exija esforço físico em excesso, exposição a agentes, carga horária extensa; situação familiar/conjugal insegura ou não aceitação da gravidez; baixa escolaridade; condições ambientais desfavoráveis; menos de 1,45m de altura; Índice de Massa Corpórea (IMC) inadequado; ganho ponderal inadequado; infecção urinária; anemia; intercorrências em gestações anteriores (restrição de crescimento, prematuridade, má formação fetal, menos de dois anos ou mais de cinco anos de intervalo interpartal, nuliparidade ou multiparidade, cirurgia uterina anterior, três ou mais cesarianas). Caso seja detectado alto risco, a gestante será

encaminhada a atendimento mais especializado em um local onde houver a tecnologia necessária para atender tal demanda (Ministério da Saúde, 2012).

3. Drogas e gestação

O uso de medicações durante a gestação tem crescido nos últimos anos (THORPE *et al.*, 2013). A frequência é maior no período em que a mulher desconhece o seu estado ou devido às mudanças fisiológicas decorrentes da concepção. E, apesar de tal dado ser uma preocupação frequente entre profissionais de saúde e gestantes, é complicado o aconselhamento sobre riscos e segurança de uma droga, pois há pouca informação para esse fato. Devido aos conflitos éticos, não se realizam ensaios clínicos randomizados com medicamentos em mulheres grávidas, pois as drogas testadas podem provocar anomalias congênitas, dificuldade de desenvolvimento do concepto e/ou morte embrionária/fetal. Para muitos fármacos, as informações acerca dos efeitos colaterais em gestantes e fetos são divulgadas após estudos realizados em animais ou a partir de relatos de caso (ADAM *et al.*, 2011; JOHNSON *et al.*, 2013).

Sabe-se que teratogenia é a capacidade de um agente, ao agir sobre o embrião ou feto, alterando a sua estrutura ou a sua função. O agente teratogênico pode causar “aborto, malformações, retardo do crescimento intrauterino ou deficiência mental” a depender do “estágio do desenvolvimento do concepto, relação dose-efeito, genótipo materno-fetal e do mecanismo patogênico” (TORALLES *et al.*, 2009). Exemplo disso é a ação da Talidomida, um imunomodulador que, se utilizado durante a gestação, pode induzir diversas malformações, principalmente nos membros, como amelia – ausência – ou focomelia – encurtamento dos mesmos (KAWAMURA *et al.*, 2014).

A susceptibilidade ao agente teratogênico depende da fase de desenvolvimento do embrião ou do feto – as fases mais vulneráveis são as que envolvem larga escala de divisão celular, diferenciação celular e morfogênese. O período embrionário, até oito semanas após a concepção, é o mais crítico, visto que envolve a formação de tecidos e órgãos. É durante a organogênese – 18º ao 60º dia de gestação – que a teratogenia causa danos mais graves. Na histogênese – período fetal – os agentes afetam crescimento, diferenciação celular e migração neuronal; logo, pode haver defeitos funcionais, como retardo mental, ou anomalias congênitas menores, como hipoplasia de dígitos e defeito na orelha externa (ZUGAIB, 2016).

Entende-se também que a placenta é capaz de proteger o concepto contra a ação de alguns agentes teratogênicos ao controlar o seu transporte até o embrião ou feto. Esse controle é realizado por meio de transportadores, como os dependentes de trifosfato de adenosina (ATP)

– ABC – e a glicoproteína P (P-gp). Defeitos nessas estruturas podem incentivar a susceptibilidade a anomalias congênitas induzidas quimicamente (WANG *et al.*, 2013).

Apesar disso, as drogas lipofílicas, ao contrário daquelas que apresentam moléculas grandes ou com alta afinidade de ligação a proteínas, atravessam a placenta com facilidade. E, no terceiro trimestre, essa transferência transplacentária de drogas cresce graças ao aumento do fluxo sanguíneo, à diminuição da espessura e ao aumento da área da placenta. Na farmacocinética, observa-se que “alterações fisiológicas durante a gravidez que podem significativamente alterar a absorção, distribuição e eliminação de drogas ocorrem logo no primeiro trimestre e no pico durante o terceiro trimestre”. A absorção da droga é reduzida devido à ocorrência de náusea e vômito e do aumento da concentração sanguínea de progesterona, que diminui o esvaziamento gástrico e a motilidade intestinal. Enquanto isso, a distribuição da droga hidrofílicas e lipofílicas cresce devido ao aumento do volume plasmático e da gordura corporal respectivamente. Por fim, a eliminação da droga também pode estar alterada, a depender da indução ou inibição de enzimas hepáticas – para aquela metabolizada pelo fígado – e da filtração glomerular, que normalmente é intensificada durante gestação (BUCKOREELALL *et al.*, 2012).

Uma das formas de se utilizar as drogas é através da automedicação, que constitui a “autoadministração de medicação não prescrita ou não dirigida por um médico” e pode causar diversos riscos que envolvem interação medicamentosa, erro de diagnóstico, dosagem excessiva, uso prolongado, efeitos adversos desconhecidos, dependência, resistência antimicrobiana. Entre os principais motivos de se automedicar, podem-se citar: concepção de não gravidade da doença, experiência anterior satisfatória com uso de tal medicação para tratar enfermidades semelhantes, sensação de independência por poder cuidar de si, indisponibilidade de médicos e propaganda da indústria farmacêutica (MARWA *et al.*, 2018). O uso de medicações por conta própria varia de acordo com “idade, sexo, renda, despesas, orientação para o autocuidado, nível educacional, conhecimento médico, satisfação e percepção das pessoas sobre a doença”. E tal fenômeno é comum entre gestantes nos países em desenvolvimento, onde o sistema de saúde apresenta falhas (EBRAHIMI *et al.*, 2017).

Segundo a OMS, a automedicação representa uma parcela importante no sistema de cuidados com a saúde e, por ser comum em mulheres brasileiras em período fértil, torna-se um ponto de preocupação, já que os fármacos utilizados podem acarretar consequências à gestante e/ou ao feto (RIBEIRO *et al.*, 2013).

O Evento Adverso relacionado a Medicamento (EAM) já citado constitui uma lesão ao organismo provocada por drogas utilizadas “para profilaxia, diagnóstico, ou terapia da doença

ou para a modificação da função fisiológica” (DE OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2017). E tal lesão causa incapacidade, risco de vida, prolongamento do tempo de hospitalização, malformação ou até a morte. Pode ser classificado de acordo com “previsibilidade, frequência, gravidade/severidade, causalidade e seriedade” (MARODIN e GOLDIM, 2009). Em relação à gravidez, o EAM pode envolver o feto ou apenas a gestante e está relacionado a presença de multimorbidades e à polifarmácia através de alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas ligadas à idade da gestante (DE OLIVEIRA-FILHO *et al.*, 2017).

Durante a gestação, conceito e gestante estão susceptíveis a riscos e benefícios provocados pelo uso de medicamentos, pois seus metabólitos podem atravessar a barreira placentária e alterar sobre a fisiologia materna. A tragédia da talidomida é o exemplo mais marcante dos eventos adversos provocados por drogas utilizadas durante a gravidez. A partir desse momento, as prescrições medicamentosas para esse público tornaram-se mais restritas e comedidas (THOMAS *et al.*, 2012).

Para avaliar os medicamentos quanto ao risco que proporcionam à gestação, a agência norte-americana Food and Drug Administration (FDA) criou, em 1979, uma classificação com base na presença ou ausência de dados sobre a segurança/o perigo do uso durante a gravidez, no tipo de estudo utilizado para obter tal informação e no resultado desse estudo (LUNARDI-MAIA *et al.*, 2014). As categorias são as seguintes:

Risco A: não há evidência de risco em gestantes; estudos bem controlados não revelaram problemas no primeiro trimestre da gravidez e não há evidência de problemas no segundo e terceiro trimestres.

Risco B: Não há estudos adequados em gestantes. Experiências em animais não detectaram riscos.

Risco C: Não há estudos adequados em gestantes. Em experiências animais, houve alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez.

Risco D: Há evidências de risco em fetos humanos. Só usar se o benefício justificar o risco potencial: situações de risco à vida, ou em casos de doenças graves para as quais não se possam utilizar drogas mais seguras, ou se estas drogas não forem eficazes.

Risco X: Estudos revelaram anormalidades no feto ou evidências de risco para o feto. Os riscos durante a gravidez são superiores aos potenciais benefícios. Não usar em hipótese alguma durante a gravidez (CAPARROZ *et al.*, 2016)

A FDA, com o objetivo de esclarecer a segurança dos medicamentos, também criou o Programa de Avaliação de Riscos da Exposição de Medicamentos na Gestação (MEPREP) em

2009, que fornece informações úteis à análise dos fármacos e dos riscos a partir de estudos em animais, relatos de casos humanos ou outra literatura publicada (ANDRADE *et al.*, 2012).

Segundo Thorpe *et al.* (2013), nos Estados Unidos (EUA), o aumento do uso de medicações durante a gravidez pode estar relacionado à idade mais avançada das mulheres ao engravidarem e ao uso crescente de medicamentos pela população norteamericana. Na gestação, infecções, asma, depressão são exemplos de condições de saúde exigem tratamento, mas não há orientações precisas e suficientes sobre o tema. Em análise de dois estudos realizada pelos mesmo autores, observou-se que, dentre as medicações utilizadas por gestantes, 34 (63%) apresentavam-se com avaliação muito limitada a justa, 18 (33%) com justa a boa e dois (4%) com boa a excelente. Seguindo a classificação da FDA, as prescrições analisadas nesse estudo reuniam uma droga (3%) categoria A, nove (29%) na categoria B, 12 (39%) na categoria C, duas (6%) na categoria D e sete (23%) na categoria X.

4. Farmacoepidemiologia

A Farmacoepidemiologia é a área que estuda o uso e os efeitos de medicamentos em populações humanas por meio de método e raciocínio epidemiológicos. Para isso, pratica-se a farmacologia (consequência da droga em humanos) e a epidemiologia (distribuição e fatores de risco de doenças na população). Esta ciência é dividida em Farmacovigilância, Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e Farmacoeconomia (BALDONI *et al.*, 2011).

A Farmacovigilância relaciona-se ao uso seguro dos medicamentos e, segundo a OMS (2004), é responsável por detectar, avaliar, compreender e prevenir qualquer EAM. Esses efeitos envolvem reações adversas, erros de medicação, uso abusivo ou incorreto, inefetividade terapêutica, desvio de qualidade com consequências danosas a pacientes e intoxicações medicamentosas. Qualquer um desses eventos amplia os índices de morbidade e mortalidade dos usuários através de lesões, incapacidade, prolongamento da internação em hospital ou até óbito, fatos que intensificam o gasto financeiro do setor sanitário. No Brasil, farmacovigilância é promovida pela Vigilância Sanitária a níveis municipal, estadual e federal. Tal órgão busca educação, controle regulamentação, fiscalização/inspeção e reúne também funções da Vigilância Epidemiológica como notificação, investigação de casos, monitoramento e divulgação de informações (MOTA, 2011). A farmacovigilância é uma ciência de extrema importância, pois permite estabelecer uma legislação específica, limitando ou removendo drogas do mercado (BALDONI *et al.*, 2011; MOTA, 2011).

Os EUM envolvem “comercialização, distribuição, dispensação e uso de medicamentos em uma sociedade, com especial enfoque em suas consequências medicossanitárias, sociais e econômicas” (OMS, 1977), além de

descrever padrões de uso; constatar variações nos perfis terapêuticos no curso do tempo; avaliar os efeitos de medidas educativas, informativas, reguladoras; estimar o número de indivíduos expostos; detectar doses excessivas, uso inadequado, doses insuficientes e utilização indiscriminada; e estimar necessidades de medicamentos de uma sociedade” (OMS, 2003; 2004a).

Por fim, a Farmacoeconomia é o setor que analisa a relação entre indivíduos/empresas/mercados e produtos/serviços/programas farmacêuticos e suas consequências (BALDONI *et al.*, 2011). Estimula-se a redução de gastos públicos em saúde, diminuindo-se o uso indevido de drogas, sejam elas caras ou utilizadas por tempo prolongado (MELO *et al.*, 2006). Um exemplo disso é a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), uma lista de medicamentos essenciais fornecidos na rede pública de saúde, que estão atuam no tratamento de doenças prevalentes no país. Tal relação é atualizada continuamente pelo Ministério da Saúde e serve como “orientadora do financiamento de medicamentos na assistência farmacêutica” (Ministério da Saúde, 2018).

Assim, nota-se que a farmacoepidemiologia é de extrema importância para a disseminação do acesso e do uso consciente de medicamentos pela sociedade (BALDONI *et al.*, 2011).

III. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADAM, M.P.; POLIFKA, J.E.; FRIEDMAN, J. M. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. In: **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 2011. p. 175-182.
- ANDRADE, S.E. *et al.* Medication exposure in pregnancy risk evaluation program. **Maternal and child health journal**, v. 16, n. 7, p. 1349-1354, 2012.
- BALDONI, A.O.; GUIDONI, C.M.; PEREIRA, L.R.L. A FARMACOEPIDEMIOLOGIA NO BRASIL: estado da arte da produção científica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 9, n. 1, 2011.
- BRÁS, S. *et al.* Alterações fisiológicas e dermatoses específicas da gravidez. **Revista da Sociedade Portuguesa de Dermatologia e Venereologia**, v. 73, n. 4, p. 413-423, 2015.
- BUCKOREELALL, K.; CRESSEY, T.R.; KING, J.R. Pharmacokinetic optimization of antiretroviral therapy in pregnancy. **Clinical pharmacokinetics**, v. 51, n. 10, p. 639-659, 2012.
- CAPARROZ, F.A. *et al.* Rhinitis and pregnancy: literature review. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 82, n. 1, p. 105-111, 2016.
- DE OLIVEIRA-FILHO, A.D. *et al.* Adverse drug reactions in high-risk pregnant women: A prospective study. **Saudi Pharmaceutical Journal**, v. 25, n. 7, p. 1073-1077, 2017.
- EBRAHIMI, H. *et al.* Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. **Pan African Medical Journal**, v. 27, n. 1, 2017.
- FEBRASGO**. Assistência Pré-Natal: Manual de Orientação. 140 páginas, 2008.
- JOHNSON, K.E. *et al.* Methods of linking mothers and infants using health plan data for studies of pregnancy outcomes. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 22, n. 7, p. 776-782, 2013.
- KAWAMURA, Y. *et al.* Effects of thalidomide on Fgf8, Bmp4 and Hoxa11 expression in the limb bud in Kbl: JW rabbit embryos. **Congenital anomalies**, v. 54, n. 1, p. 54-62, 2014.
- KORKES, F; RAUEN, E.C.; HEILBERG, I.P. Litíase urinária e gestação. **J. Bras. Nefrol.**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 389-395, Sept. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010-28002014000300389&lng=en&nrm=iso>.
- LAI, Carol; COULTER, Stephanie A.; WOODRUFF, Amy. Hypertension and Pregnancy. **Texas Heart Institute Journal**, v. 44, n. 5, p. 350-351, 2017.
- LUNARDI-MAIA, T. *et al.* Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. **CEP**, v. 88704, p. 900, 2014.

MARODIN, G.; GOLDIM, J.R. Confusões e ambigüidades na classificação de eventos adversos em pesquisa clínica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 690-696, 2009.

MARWA, K.J. *et al.* Self-medication among pregnant women attending antenatal clinic at Makongoro health centre in Mwanza, Tanzania: a challenge to health systems. **BMC pregnancy and childbirth**, v. 18, n. 1, p. 16, 2018.

MELO, D.O.; RIBEIRO, E.; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.**, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 475-485, Dec. 2006. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-93322006000400002&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400002>.

Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

Ministério da Saúde. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2018. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 218 p.

MONTENEGRO, C.A.B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 12. ed. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011. viii, 724 p. ISBN 9788527717144.

MOTA, D.M. Investigação em farmacoepidemiologia de campo: uma proposta para as ações de farmacovigilância no Brasil. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 14, n. 4, p. 565-579, Dec. 2011. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2011000400004&lng=en&nrm=iso>. access on 11 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000400004>.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **La selección de medicamentos esenciales**. Genebra, OMS, 6p, 1977.

OMS - Organização Mundial de Saúde. Introduction to drug utilization research. **WHO International Working Centre for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services**, 48p, 2003.

OMS - Organização Mundial de Saúde (OMS). **How to investigate the use of medicines by consumers**. Genebra: World Health Organization, 98p, 2004a.

RIBEIRO, A.S. *et al.* Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2013.

SAFFIOTI, R.F.; NOMURA, R.M.Y.; DIAS, M.C.G; ZUGAIB, M. Constipação intestinal e gravidez. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 163-168, 2011. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/arquivos/femina/Femina2011/marco/Femina-v39n3_163-168.pdf>.

SIDDIQUI, A.H. *et al.* Função pulmonar em mulheres com gestação única ou gemelar avançada e sem complicações. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 40, n. 3, p. 244-249, 2014.

THOMAS, S.H.L; YATES, L.M. Prescribing without evidence—pregnancy. **British journal of clinical pharmacology**, v. 74, n. 4, p. 691-697, 2012.

THORPE, P.G. *et al.* Medications in the first trimester of pregnancy: most common exposures and critical gaps in understanding fetal risk. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 22, n. 9, p. 1013-1018, 2013.

TORALLES, M.B. *et al.* A importância do Serviço de Informações sobre Agentes Teratogênicos, Bahia, Brasil, na prevenção de malformações congênitas: análise dos quatro primeiros anos de funcionamento. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 105-110, Jan. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100011&lng=en&nrm=iso>. access on 28 Mar. 2018.

WANG, C. *et al.* Increased risk for congenital heart defects in children carrying the ABCB1 Gene C3435T polymorphism and maternal periconceptional toxicants exposure. **PLoS One**, v. 8, n. 7, p. e68807, 2013.

ZUGAIB, M. Obstetrícia. Terceira Edição ed. 2016.

IV. NORMAS PARA PUBLICAÇÃO



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

- Escopo e política
- Forma e preparação de manuscritos
- Envio dos manuscritos

ISSN 1516-9332 *versão*
impressa
ISSN 1809-4562 *versão*
online

A **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences** tem por finalidade publicar os seguintes tipos de publicação: **Artigos originais** relacionados com as áreas de conhecimento das Ciências Farmacêuticas, **Trabalhos de atualização ou de revisão**, que serão incluídos quando solicitados a especialistas pela Comissão de Publicações ou quando submetidos em forma de Abstract para avaliação quanto ao interesse. Ressalta-se a necessidade de se incluir visão crítica dos autores, inserindo os seus trabalhos no tema e avaliando em relação ao estado de arte no País. **Notas Prévias** relativas a novas metodologias e resultados parciais, cuja originalidade justifique a publicação rápida. Nesse caso, o limite é de 2.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. Pode-se incluir, no máximo, uma figura, tabela e 10 referências. **Resenhas** elaboradas por especialistas segundo sugestão da Comissão de Publicações. Suplementos temáticos e aqueles relativos a eventos científicos podem ser publicados mediante aprovação prévia da Comissão de Publicações. Os trabalhos elaborados por especialistas nacionais e estrangeiros podem ser apresentados em língua portuguesa, inglesa ou espanhola. Devem ser originais e inéditos e destinar-se exclusivamente à **REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS/ Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**.

Escopo e política

Os manuscritos submetidos à Revista, que atenderem as "Instruções aos autores", são encaminhados ao Editor Científico, que indicará dois revisores especialistas no tema abordado (veja Relação dos Consultores - 2003 e gráfico 10). Após a revisão, cujo caráter anônimo é mantido durante todo o processo, os manuscritos são enviados à Comissão de Publicação, que decidirá sobre a publicação. Manuscritos recusados, passíveis de reformulação, poderão ser re-submetidos após reestruturação, como novo trabalho, iniciando outro processo de avaliação. Manuscritos condicionados à reestruturação serão reavaliados pelos revisores. Manuscritos enviados aos autores para revisão devem retornar à Editoria dentro de, no máximo, dois meses, caso contrário terão o processo encerrado.

Forma e preparação de manuscritos

Instruções para apresentação dos trabalhos

1. Estrutura dos originais

1.1.Cabeçalho: constituído por:

- Título do trabalho: deve ser breve e indicativo da exata finalidade do trabalho.

- Autor(es) por extenso, indicando a(s) instituição(ões) a(s) qual(is) pertence(m) mediante números. O autor para correspondência deve ser identificado com asterisco, fornecendo o endereço completo, incluindo o eletrônico. Estas informações devem constar em notas de rodapé.

1.2 Resumo (em português): deve apresentar a condensação do conteúdo, expondo metodologia, resultados e conclusões, não excedendo 200 palavras. Os membros da Comissão poderão auxiliar autores que não são fluentes em português.

1.3 Unitermos: devem representar o conteúdo do artigo, evitando-se os de natureza genérica e observando o limite máximo de 6(seis) unitermos.

1.4 Introdução: deve estabelecer com clareza o objetivo do trabalho e sua relação com outros trabalhos no mesmo campo. Extensas revisões de literatura devem ser substituídas por referências aos trabalhos bibliográficos mais recentes, onde tais revisões tenham sido apresentadas.

1.5 Material e Métodos: a descrição dos métodos usados deve ser breve, porém suficientemente clara para possibilitar a perfeita compreensão e repetição do trabalho. Processos e Técnicas já publicados, a menos que tenham sido extensamente modificados, devem ser apenas referidos por citação. Estudos em humanos devem fazer referência à aprovação do Comitê de Ética correspondente.

1.6 Resultados e Discussão: deverão ser acompanhados de tabelas e material ilustrativo adequado, devendo se restringir ao significado dos dados obtidos e resultados alcançados. É facultativa a apresentação desses itens em separado.

1.7 Conclusões: Quando pertinentes, devem ser fundamentadas no texto.

1.8 Resumo em inglês (ABSTRACT): deve acompanhar o conteúdo do resumo em português.

1.9 Unitermos em inglês: devem acompanhar os unitermos em português.

1.10 Agradecimentos: devem constar de parágrafos, à parte, antecedendo as referências bibliográficas.

1.11 Referências: devem ser organizadas de acordo com as normas da ABNT NBR-6023, ordenadas alfabeticamente no fim do artigo incluindo os nomes de todos os autores.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores.

2. Apresentação dos originais

Os trabalhos devem ser apresentados em lauda padrão (de 30 a 36 linhas com espaço duplo). Utilizar Programa Word for Windows. Os autores devem encaminhar o trabalho acompanhado de carta assinada pelo autor de correspondência, que se responsabilizará pela transferência dos direitos à RBCF.

3. Informações adicionais

3.1 Citação bibliográfica: As citações bibliográficas devem ser apresentadas no texto pelo(s) nome(s) do(s) autor(es), com apenas a inicial em maiúsculo e seguida do ano de publicação. No caso de haver mais de três autores, citar o primeiro e acrescentar a expressão *et al.* (*em itálico*)

3.2 Ilustrações: As ilustrações (gráficos, tabelas, fórmulas químicas, equações, mapas, figuras, fotografias, etc) devem ser incluídas no texto, o mais próximo possível das respectivas citações. Mapas, figuras e fotografias devem ser, também, apresentados em arquivos separados e reproduzidas em alta resolução(800 dpi/bitmap para traços) com extensão tif. e/ou bmp. No caso de não ser possível a entrega do arquivo eletrônico das figuras, os originais devem ser enviados em papel vegetal ou impressora a laser.

Ilustrações coloridas somente serão publicadas mediante pagamento pelos autores.

As tabelas devem ser numeradas consecutivamente em algarismos romanos e as figuras em algarismos arábicos, seguidos do título. As palavras TABELA e FIGURA devem aparecer em maiúsculas na apresentação no texto e na citação com apenas a inicial em maiúsculo.

3.3 Nomenclatura: pesos, medidas, nomes de plantas, animais e substâncias químicas devem estar de acordo com as regras internacionais de nomenclatura. A grafia dos nomes de fármacos deve seguir, no caso de artigos nacionais, as Denominações Comuns Brasileiras (DCB) em vigor, podendo ser mencionados uma vez (entre parênteses, com inicial maiúscula) os registrados.

Envio de manuscritos

Os trabalhos devem ser remetidos por correio eletrônico, anexando à mensagem os arquivos correspondentes.

E-mail: rbcf@edu.usp.br

Secretaria de edição:

Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas/Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences

Divisão de Biblioteca e Documentação do Conjunto das Químicas/USP

Av. Prof. Lineu Prestes, 950

Caixa Postal 66083

05315-970 - São Paulo - SP - Brasil

Contato telefônico: Fone: (011) 3091.3804 FAX: (011) 3097.8627

[\[Home\]](#) [\[Sobre esta revista\]](#) [\[Corpo editorial\]](#) [\[Assinaturas\]](#)



Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma **Licença Creative Commons**

◆ 2009 *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*

Av. Prof. Lineu Prestes, n.950 - Cidade Universitária - Caixa Postal 66083

05315-970 São Paulo SP Brasil

Tel.: +55 11 3091.3804

Fax: +55 11 3097.8627



bjps@usp.br

V. ARTIGO ORIGINAL

Uso de medicamentos durante a gestação em pacientes atendidas em serviços de pré-natal público e privado em Aracaju - SE

Jucyara Natália Araújo de Oliveira^{1*}, Bruna Karoline Monteiro², Luiza Neves de Santana Teles³, Rafaella Castro Gama⁴, Renata Sousa de Santana Silva⁵, Júlia Maria Gonçalves Dias⁶.

1. Acadêmica do curso de medicina na Universidade Federal de Sergipe. E-mail: jucyara92@gmail.com

2. Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: brunakaroline2@hotmail.com

3. Acadêmica do curso de medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: luizanevessantana@gmail.com

4. Acadêmica do curso de medicina da Universidade Tiradentes. E-mail: rafaellacgama@gmail.com

5. Acadêmica do curso de medicina na Universidade Federal de Sergipe. E-mail: resousass@hotmail.com

6. Professora adjunta do Departamento de Medicina da Universidade Federal de Sergipe. E-mail: julia.dias@globo.com

* Endereço para correspondência:

jucyara@gmail.com

Rua Cláudio Batista, s/n - Palestina, Aracaju – SE, CEP: 49060-108.

Tel.: (79) 99136-5506

Resumo

O objetivo deste trabalho consiste em conhecer e classificar os medicamentos utilizados por gestantes em pré-natal público e privado de Aracaju/SE. Utilizaram-se entrevista, classificação dos medicamentos e análise estatística no *software Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 25.0). No serviço público (n=213), 15,49% das gestantes declararam automedicação; 52,58% utilizaram apenas uma classe; 42,25% fizeram uso da classe B. No serviço privado (n=129), 19,38% das gestantes declararam automedicação; 44,19% utilizaram três classes; 36,43% fizeram uso da classe C. No serviço público, notou-se significância estatística entre automedicação/idade gestacional na entrevista, automedicação/número de consultas de pré-natal, automedicação/profissional executante, informação sobre medicamentos/número de gestações, número de drogas utilizadas/profissional executante. E no serviço privado, entre automedicação/ocupação, número de drogas utilizadas/idade gestacional durante a entrevista. Entendeu-se que a automedicação não foi prevalente; o maior uso de drogas ocorreu no primeiro trimestre gestacional; houve alívio dos sintomas predominantemente. As gestantes do serviço privado demonstraram mais automedicação que as do público.

Unitermos: gestantes; medicamento; cuidado Pré-Natal; automedicação

Introdução

A conhecida tragédia da Talidomida na década de 1960 trouxe à tona uma preocupação constante acerca do uso de medicações entre gestantes (Kawamura *et al.*, 2014). Em contrapartida, devido aos conflitos éticos, não se realizam ensaios clínicos randomizados com medicamentos em mulheres grávidas, pois as drogas testadas podem provocar teratogenia e/ou morte do conceito. Para muitos fármacos, as informações acerca dos efeitos colaterais em

gestantes e fetos são divulgadas após estudos realizados em animais ou a partir de relatos de caso (Adam *et al.*, 2011; Johnson *et al.*, 2013).

Entende-se que, devido às modificações no organismo materno durante a gravidez, as drogas utilizadas por gestantes têm a farmacocinética alterada. Ou seja, a absorção, a distribuição e a eliminação do fármaco tornam-se diferentes do esperado para uma não grávida (Buckoreelall *et al.*, 2012).

Sabe-se que, nos últimos anos, tem crescido o uso de medicações durante a gestação, seja por meio de prescrição ou de automedicação – esta é comum em países em desenvolvimento, onde o sistema de saúde comumente apresenta falhas (Ebrahimi *et al.*, 2017). A maior frequência ocorre sobretudo no período em que a mulher desconhece o seu estado ou devido às mudanças fisiológicas decorrentes da concepção (Adam *et al.*, 2011; Johnson *et al.*, 2013; Thorpe *et al.*, 2013).

Diante da preocupação com a já mencionada teratogenia e a fim de avaliar os medicamentos quanto ao risco à gestação, em 1979, a agência norte-americana Food and Drug Administration (FDA) classificou-os em risco A (sem evidência de risco em gestantes), B (experiências em animais não detectaram riscos; não há estudos adequados em gestantes), C (experiências em animais demonstraram alguns efeitos colaterais no feto, mas o benefício do produto pode justificar o risco potencial durante a gravidez; não há estudos adequados em gestantes), D (há evidências de risco em fetos humanos; o benefício pode justificar o risco potencial) e X (contraindicado na gestação, pois estudos revelaram anormalidades no feto ou evidências de risco para o feto) (Caparroz *et al.*, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a automedicação representa uma parcela importante no sistema de cuidados com a saúde e, por ser comum em mulheres brasileiras em período fértil, torna-se um ponto de preocupação, já que os fármacos utilizados podem acarretar consequências à gestante e/ou ao feto (Ribeiro *et al.*, 2013).

Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é conhecer e classificar medicamentos utilizados por gestantes do serviço público e do serviço privado de Aracaju – SE.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo transversal em serviços de saúde público e privado que ofereciam consultas de pré-natal em Aracaju/SE nos períodos de janeiro a junho de 2016 e janeiro a dezembro de 2018. Foram elegíveis pacientes classificadas como de baixo risco, atendidas nesses serviços e que aceitaram se submeter à pesquisa mediante assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Para aquelas com menos de 18 anos, o responsável também assinou o TCLE. Os dados foram coletados através de entrevista guiada por questionário estruturado, que registrou dados de sociodemografia (idade, estado civil, escolaridade e ocupação, de pré-natal (início do pré-natal, idade gestacional no dia da entrevista, número de consultas realizadas até aquele momento, profissional executante, número de gestações, paridade e número de abortos) e de medicamentos utilizados durante a gestação (tipo, origem da prescrição, trimestre de uso, alívio de sintomas, reações adversas e interrupção). Este estudo foi iniciado após a submissão e a aprovação do projeto junto ao Comitê de Ética em Pesquisa 49154215.3.0000.5546.

A amostra foi calculada com base no trabalho de Costa *et al.* (2017), que apresentou n=1091 (pacientes gestantes com idade igual ou maior que 18 anos, residentes e domiciliadas na zona urbana do município Santo Antônio de Jesus, com qualquer idade gestacional, cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, atendidas em unidades básicas de saúde do SUS do mesmo município de 2012 a 2014) e observou frequência de 84% de uso de medicações. Utilizando-se o programa *StatCalc* do *EpiInfo 7* e considerando-se margem de erro de 5% e confiança de 95%, obteve-se amostra de 174 pacientes. Considerando-se acréscimo de 10% para eventuais perdas, obteve-se amostra

total de 191 pacientes. Considerando-se a utilização de grupo controle no serviço privado, atinge-se total de 382 pacientes para o presente trabalho.

Classificaram-se os medicamentos de acordo com critérios da FDA (Food and Drug Administration). Associações entre dois ou mais fármacos foram estruturadas de acordo com o componente de maior risco.

Os dados foram analisados e interpretados por meio de estatística descritiva e inferencial. As variáveis categóricas apresentaram-se por meio de frequências simples e relativas e as variáveis numéricas, através de médias e desvio-padrão. Oportunamente, foram utilizados o teste do qui-quadrado e o teste exato de Fisher para realizar as associações entre variáveis categóricas. Entre as numéricas, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. O nível de significância estatística adotado foi de $p < 0,05$ e todos os testes estatísticos foram bicaudais. O software utilizado para as análises será o *Statistical Package for the Social Sciences* (IBM SPSS 25.0).

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 342 gestantes, 213 em serviço público e 129 em serviço privado de pré-natal. Como este trabalho trata-se de um estudo retrospectivo e as informações acerca dos medicamentos utilizados dependeram de recordação das gestantes, a fim de minimizar o viés recordatório, seguiram-se os seguintes passos de acordo com Berg *et al.* (1993): inicialmente, a entrevista foi realizada de forma aberta e, posteriormente, sugeriram-se sintomas comuns na gravidez (cefaleia, náuseas, vômitos, dor abdominal em cólica, disúria, corrimento vaginal, entre outros) que pudessem ter estimulado o uso de alguma medicação.

Em relação às características sociodemográficas e obstétricas no serviço público, a idade das gestantes foi em média 25,85 anos; 80,75% eram casadas ou viviam em união estável; 67,61% declararam escolaridade com duração maior que nove anos; 54,93% não possuíam

ocupação. 69,95% iniciaram o pré-natal antes do 2º trimestre de gestação; 91,55% estavam em idade gestacional igual ou superior ao 2º trimestre; 50,70% tinham se submetido a mais de seis consultas de pré-natal, com um número médio de 5,69 consultas/gestante; 87,32% estava realizando o pré-natal com um profissional médico; 66,20% tinham menos de três gestações; 90,14% apresentaram menos de três partos e 98,59%, menos de três abortos (Tabela I).

Já no serviço privado, as gestantes tinham em média 29,51 anos de idade; 86,82% eram casadas ou viviam em união estável; 93,02% estudaram por mais de nove anos; 70,54% não tinham ocupação; 92,25% iniciaram o pré-natal antes do 2º trimestre; 92,25% estavam em idade gestacional igual ou superior ao 2º trimestre; 51,16% submeteram-se a menos de seis consultas de pré-natal, com um número médio de 5,74 consultas/gestante; 99,22% eram atendidas por profissional médico em consulta de pré-natal; 77,52%, 96,20% e 98,45% apresentaram menos de três gestações, partos e abortos respectivamente (Tabela I).

Entende-se que as mulheres do serviço privado engravidam mais tardiamente e apresentam maior escolaridade – fatos que representam o avanço do estado rumo ao desenvolvimento, no qual as mulheres passam a se preocupar primeiramente com a formação intelectual para, em seguida, já estruturadas, construírem uma família. Em compensação, há mais gestantes com ocupação no serviço público – o que pode significar menor exigência na busca por um emprego relacionada à menor escolaridade do grupo. O percentual de gestantes em união conjugal é semelhante em ambos os serviços.

Acerca do uso de medicamentos durante a gravidez no serviço público, 76,06% das gestantes fizeram uso de pelo menos um medicamento. 15,49% declararam automedicação, 59,62% buscaram informações sobre o uso de medicamentos e 79,81% utilizaram menos de três drogas durante a gravidez com média de 1,62 droga/gestante (Tabela II). Entre as drogas utilizadas, 55,53% foram utilizadas no 1º trimestre; 31,05%, no 2º trimestre e 13,42%, no 3º trimestre (Gráfico 1). 89,02% concederam alívio dos sintomas, 4,34% provocaram reações

indesejadas e 36,42% precisaram ser interrompidas (Tabela III). Segundo a classificação de risco da FDA, 52,58% das gestantes utilizaram apenas uma classe de medicamentos; 17,37%, duas classes; 6,10%, três classes. Nenhuma gestante utilizou quatro ou cinco classes. 6,10% das entrevistadas fizeram uso de drogas classe A; 42,25%, da classe B; 22,54%, da classe C; 4,69%, da classe D e 0,47%, da classe X (Tabela IV).

No serviço privado, 95,35% das gestantes fizeram uso de pelo menos um medicamento. 19,38% declararam automedicação, 85,27% buscaram informações sobre o uso de medicamentos e 88,37% utilizaram três drogas ou mais durante a gravidez com média de 4,78 drogas/gestante (Tabela II). Entre as drogas utilizadas, 44,05% foram utilizadas no 1º trimestre; 36,33%, no 2º trimestre e 19,62%, no 3º trimestre (Gráfico 1). 94,0% concederam alívio dos sintomas, 4,70% provocaram reações indesejadas e 6,16% precisaram ser interrompidas (Tabela III). Segundo a classificação de risco da FDA, 14,73% das gestantes utilizaram apenas uma classe de medicamentos; 22,48%, duas classes; 44,19%, três classes e 13,95%, quatro classes. Nenhuma gestante utilizou cinco classes. 3,88% das entrevistadas fizeram uso de drogas classe A; 24,03%, da classe B; 36,43%, da classe C; 31,01%, da classe D e 0,0%, da classe X (Tabela IV).

O presente estudo encontrou uma frequência de uso de pelo menos um medicamento em aproximadamente 76% no serviço público e 95% no serviço privado, sendo este semelhante a cidades dos Estados Unidos, que têm uma taxa de 93,9% das gestantes fazendo uso de ao menos um medicamento (Mitchell *et al.*, 2011). Isso demonstra a alta medicalização da gravidez no nosso meio. Observou-se também que houve uma diferença considerável entre o uso de medicamentos das classes C e D em pacientes do serviço público comparadas ao serviço privado, havendo uma maior utilização de medicamentos desta classe entre pacientes do serviço privado. Provavelmente estes achados se devem ao fato de que, no serviço público, as medicações dispensadas gratuitamente obedecem à Relação Nacional de Medicamentos

Essenciais (RENAME) – uma lista de medicamentos essenciais fornecidos na rede pública de saúde, que estão atuam no tratamento de doenças prevalentes no país. Tal fator dificulta o uso de medicamentos proscritos para a gestante.

A média de medicamentos por gestante encontrada no serviço privado (4,78) foi maior do que no público (1,62), resultados que se assemelham aos encontrados por Gomes *et al.* (1999) na cidade de São Paulo, onde o setor privado apresentou média de 5,00 medicamentos/gestante e o público, 3,48. Gestantes atendidas em serviço privado são mais abastadas e, muitas vezes, por não haver protocolo de atendimento pré-natal na maioria dos serviços privados e/ou por receio do próprio profissional assistente em falhar no atendimento pré-natal, observa-se uma medicalização excessiva.

Encontrou-se maior uso de medicamentos no primeiro trimestre tanto no serviço público (55,33%) quanto no particular (44,05%). Tais dados assemelham-se aos de outras cidades do nordeste brasileiro, como Natal/RN (43,6%) (Guerra *et al.*, 2008) e Mossoró/RN (55,9%) (Menezes *et al.*, 2014). Esses resultados afastam-se daqueles encontrados nas regiões sul (18,4%) (Brum *et al.*, 2011) e sudeste (21,5%) (Fonseca *et al.*, 2002). Nos Estados Unidos, o primeiro trimestre também lidera o a taxa de uso de medicações, com taxas em torno de 70% (Mitchell *et al.*, 2011). Tal fato preocupa, pois esse período é considerado o de maior risco para efeitos adversos fetais. E é justamente nessa fase que aparecem sintomas responsáveis por muito desconforto nas gestantes, como náuseas e vômitos, o que estimula maior uso de medicamentos.

Receberam orientações sobre o risco do uso de medicamentos na gravidez 59,62% e 85,27% nos serviços público e privado respectivamente, padrão que se assemelha a outros da região nordeste, os quais variam de 55,6% a 62,2% (Menezes *et al.*, 2014; Guerra *et al.*, 2008) e se mostram superiores aos encontrados nas regiões sudeste e sul – entre 27,7% e 43% (Fonseca *et al.*, 2002; Brum *et al.*, 2011). O que chama a atenção aqui é o número expressivamente superior de mulheres orientadas no pré-natal privado em relação ao público. Entende-se que,

provavelmente, o tempo da consulta seja maior no privado e o médico pré-natalista demande mais atenção. Questiona-se então o fato de que, se a paciente é mais abastada, recebe uma melhor atenção pré-natal.

Neste estudo, observou-se automedicação em 15,49% das gestantes do serviço público e em 19,38%, do privado. Esses valores assemelham-se aos encontrados na região nordeste – 6,2% a 12,2% (Menezes *et al.*, 2014; Guerra *et al.*, 2008) – e nas regiões sudeste e sul – 11,2% a 16,4% (Fonseca *et al.*, 2002; Brum *et al.*, 2011). Talvez a melhor condição social facilite a compra de medicamentos, fato mais distante no setor público, no qual muitas gestantes utilizam apenas a medicação gratuita.

De acordo com a classificação de risco da FDA, os fármacos utilizados no presente estudo se concentraram nas categorias A e B no serviço público (48,35%) e nas categorias C e D no privado (67,44%). Brum *et al.* (2011) e Menezes *et al.* (2014) e notaram respectivamente que 46,6% e 81,8% dos medicamentos utilizados durante a gestação pertenciam à categoria A.

Entre pacientes do serviço público, houve associação entre automedicação e idade gestacional ($p=0,010$), automedicação e número de consultas de pré-natal ($p<0,001$) e automedicação e profissional executante ($p=0,036$) [Tabela V], informação sobre medicamentos e número de gestações ($p=0,027$) [Tabela VI] e número de drogas utilizadas e profissional executante ($p=0,013$) [Tabela VII]. As gestantes que mais se automedicaram foram aquelas com menos de três meses de gestação durante a entrevista (menor tempo gestacional implica maior desconhecimento acerca do quadro e maior tentativa de resolução deste), as com menos de seis consultas de pré-natal (menor cuidado pré-natal pode estar relacionado à maior sensação de autossuficiência no tocante à resolução de sintomas) e as atendidas por não-médicos (fica a dúvida sobre a qualidade das informações passadas às gestantes pelo profissional assistente do pré-natal). As gestantes com menos de três gestações foram as que mais buscaram informações sobre drogas. Isso pode estar relacionado ao fato de que mulheres

com menos gestações sentem-se menos seguras acerca de tudo o que envolve a gravidez e, por isso, buscam mais informações sobre o que é adequado ou não à sua condição. Por fim, as gestantes que menos utilizaram drogas durante a gravidez foram aquelas atendidas por médicos. Nesse caso, o profissional pode ter influenciado no menor uso de medicações por meio de informações sobre o quadro clínico da gestante, que reduziram a aflição da mulher e amenizaram suas dúvidas, como também observando-se o achado de que estas se automedicaram mais, reforça a hipótese de uma má qualidade de assistência pré-natal, na qual a mulher não tem suas queixas ouvidas adequadamente. Não foram verificadas associações entre automedicação e outras variáveis estudadas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, início do pré-natal, número de gestações, paridade e número de abortos), entre informação sobre medicamentos e outras variáveis estudadas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, início do pré-natal, idade gestacional durante a entrevista, número de consultas de pré-natal, profissional executante, paridade e número de abortos) e entre número de drogas utilizadas e outras variáveis estudadas (idade, estado civil, escolaridade, ocupação, início do pré-natal, idade gestacional durante a entrevista, número de consultas de pré-natal, número de gestações, paridade e número de abortos).

No setor privado, observou-se associação entre automedicação e ocupação ($p=0,024$) [Tabela V] e entre número de drogas utilizadas e idade gestacional ($p=0,017$) [Tabela VII]. Entende-se, assim, que as gestantes sem ocupação foram as que mais se automedicaram – provavelmente, por terem mais tempo livre, elas apresentem mais sintomas ansiosos e, conseqüentemente, maior busca por sanar aquele sofrimento. Aquelas com mais de três meses de gestação durante a entrevista foram as que utilizaram três drogas ou mais durante a gestação. Entende-se que as gestantes com maior idade gestacional viveram mais alterações decorrentes da fisiologia gravídica e tiveram mais contato com medicações para saná-las. Não se observou associação entre automedicação e demais variáveis estudadas, entre informação sobre

medicamentos e qualquer variável estudada, entre número de drogas utilizadas e demais variáveis estudadas.

TABELA I Distribuição de frequência das variáveis socioeconômicas e obstétricas em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

| VARIÁVEL | Serviço Público | | Serviço Privado | |
|---|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | N | % | N | % |
| Idade | | | | |
| < 25 anos | 98 | 46,01% | 30 | 23,26% |
| ≥ 25 anos | 115 | 53,99% | 99 | 76,74% |
| Estado civil | | | | |
| Com união | 172 | 80,75% | 112 | 86,82% |
| Sem união | 41 | 19,25% | 17 | 13,18% |
| Escolaridade | | | | |
| Até 9 anos | 69 | 32,39% | 9 | 6,98% |
| Além de 9 anos | 144 | 67,61% | 120 | 93,02% |
| Ocupação | | | | |
| Sim | 96 | 45,07% | 38 | 29,46% |
| Não | 117 | 54,93% | 91 | 70,54% |
| Início do pré-natal | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 149 | 69,95% | 119 | 92,25% |
| A partir do 2º trimestre | 64 | 30,05% | 10 | 7,75% |
| IG na entrevista | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 18 | 8,45% | 10 | 7,75% |
| A partir do 2º trimestre | 195 | 91,55% | 119 | 92,25% |
| Número de consultas de pré-natal | | | | |
| Menos de 6 | 105 | 49,30% | 66 | 51,16% |
| 6 ou mais | 108 | 50,70% | 63 | 48,84% |
| Profissional executante | | | | |
| Médico | 186 | 87,32% | 128 | 99,22% |
| Não médico | 27 | 12,68% | 1 | 0,78% |
| Gestações | | | | |
| Menos de 3 | 141 | 66,20% | 100 | 77,52% |
| 3 ou mais | 72 | 33,80% | 29 | 22,48% |
| Paridade | | | | |
| Menos de 3 | 192 | 90,14% | 125 | 96,90% |
| 3 ou mais | 21 | 9,86% | 4 | 3,10% |

Aborto

| | | | | |
|------------|-----|--------|-----|--------|
| Menos de 3 | 210 | 98,59% | 127 | 98,45% |
| 3 ou mais | 3 | 1,41% | 2 | 1,55% |

TABELA II Distribuição de frequência do uso de medicações em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

| VARIÁVEL | Serviço Público | | Serviço Privado | |
|--|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | N | % | N | % |
| Automedicação | | | | |
| Sim | 33 | 15,49% | 25 | 19,38% |
| Não | 180 | 84,51% | 104 | 80,62% |
| Informação sobre medicamentos | | | | |
| Sim | 127 | 59,62% | 110 | 85,27% |
| Não | 86 | 40,38% | 19 | 14,73% |
| Número de medicamentos utilizados | | | | |
| Menos de 3 | 170 | 79,81% | 15 | 11,63% |
| 3 ou mais | 43 | 20,19% | 114 | 88,37% |

TABELA III Distribuição de frequência do alívio de sintomas, reação indesejada e interrupção do uso do medicamento em gestantes atendidas em serviços de pré-natal público e privado.

| VARIÁVEIS | Setor Público | | Setor Privado | |
|----------------------------|---------------|--------|---------------|--------|
| | N | % | N | % |
| Alívio dos sintomas | | | | |
| Sim | 308 | 89,02% | 580 | 94,00% |
| Não | 38 | 10,98% | 37 | 6,00% |
| Reação indesejada | | | | |
| Sim | 15 | 4,34% | 29 | 4,70% |
| Não | 331 | 95,66% | 588 | 95,30% |
| Interrupção | | | | |
| Sim | 126 | 36,42% | 38 | 6,16% |
| Não | 220 | 63,58% | 579 | 93,84% |

TABELA IV Distribuição de frequência de gestantes dos serviços público e privado quanto ao número de classes de medicamentos utilizados e ao risco de medicamentos.

| | Serviço Público | | Serviço Privado | |
|----------------|-----------------|--------|-----------------|--------|
| | Nº classes | % | Nº classes | % |
| Nenhuma classe | 51 | 23,94% | 6 | 4,65% |
| 1 classe | 112 | 52,58% | 19 | 14,73% |
| 2 classes | 37 | 17,37% | 29 | 22,48% |
| 3 classes | 13 | 6,10% | 57 | 44,19% |
| 4 classes | 0 | 0,00% | 18 | 13,95% |
| 5 classes | 0 | 0,00% | 0 | 0,00% |
| Classe A | 13 | 6,10% | 5 | 3,88% |
| Classe B | 90 | 42,25% | 31 | 24,03% |
| Classe C | 48 | 22,54% | 47 | 36,43% |
| Classe D | 10 | 4,69% | 40 | 31,01% |
| Classe X | 1 | 0,47% | 0 | 0,00% |

TABELA V – Associação entre automedicação e variáveis socioeconômicas e do pré-natal em gestantes atendidas no setor público e privado

| CARACTERÍSTICAS | Automedicação referida (setor público) | | | | Valor de p* |
|---|--|---------|---------|---------|-------------|
| | Sim (n) | Sim (%) | Não (n) | Não (%) | |
| Idade¹ | | | | | |
| Abaixo de 25 anos | 15 | 15,31 | 83 | 84,69 | 0,945 |
| 25 anos ou mais | 18 | 15,65 | 97 | 84,35 | |
| Estado civil² | | | | | |
| Com união | 30 | 17,44 | 142 | 82,56 | 0,107 |
| Sem união | 3 | 7,32 | 38 | 92,68 | |
| Escolaridade¹ | | | | | |
| Até 9 anos | 6 | 8,70 | 63 | 91,30 | 0,058 |
| Além de 9 anos | 27 | 81,8 | 117 | 81,25 | |
| Ocupação¹ | | | | | |
| Sim | 12 | 12,50 | 84 | 87,50 | 0,274 |
| Não | 21 | 17,95 | 96 | 82,05 | |
| Início do pré-natal¹ | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 20 | 13,42 | 129 | 86,58 | 0,203 |
| Do 2º trimestre em diante | 13 | 20,31 | 51 | 79,69 | |
| IG na entrevista² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 7 | 38,89 | 11 | 61,11 | 0,010* |
| Do 2º trimestre em diante | 26 | 13,33 | 169 | 86,67 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |

| | | | | | |
|--|----|-------|-----|-------|---------|
| Menos de 6 | 26 | 24,76 | 79 | 75,24 | |
| 6 ou mais | 7 | 6,48 | 101 | 93,52 | <0,001* |
| Profissional executante¹ | | | | | |
| Médico | 20 | 12,50 | 140 | 87,50 | 0,036* |
| Não médico | 13 | 24,53 | 40 | 75,47 | |
| Gestações¹ | | | | | |
| Menos de 3 | 19 | 13,57 | 121 | 86,43 | 0,283 |
| 3 ou mais | 14 | 19,18 | 59 | 80,82 | |
| Paridade² | | | | | |
| Menos de 3 | 31 | 16,15 | 161 | 83,85 | 0,542 |
| 3 ou mais | 2 | 9,52 | 19 | 90,48 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 32 | 15,24 | 178 | 84,76 | 0,398 |
| 3 ou mais | 1 | 33,33 | 2 | 66,67 | |

| CARACTERÍSTICAS | Automedicação referida (setor privado) | | | | Valor de p* |
|---|--|---------|---------|---------|---------------|
| | Sim (n) | Sim (%) | Não (n) | Não (%) | |
| Idade¹ | | | | | |
| Menos de 25 anos | 7 | 23,33 | 23 | 76,67 | 0,532 |
| 25 anos ou mais | 18 | 18,18 | 81 | 81,82 | |
| Estado civil² | | | | | |
| Com união | 21 | 18,75 | 91 | 81,25 | 0,742 |
| Sem união | 4 | 23,53 | 13 | 76,47 | |
| Escolaridade² | | | | | |
| Até 9 anos | 4 | 44,44 | 5 | 55,56 | 0,070 |
| Além de 9 anos | 21 | 17,50 | 99 | 82,50 | |
| Ocupação¹ | | | | | |
| Sim | 13 | 14,29 | 78 | 85,71 | 0,024* |
| Não | 12 | 31,58 | 26 | 68,42 | |
| Início do pré-natal² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 22 | 18,49 | 97 | 81,51 | 0,406 |
| Do 2º trimestre em diante | 3 | 30,00 | 7 | 70,00 | |
| IG na entrevista² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 2 | 20,00 | 8 | 80,00 | 1,000 |
| Do 2º trimestre em diante | 23 | 19,33 | 96 | 80,67 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |
| Menos de 6 | 10 | 19,23 | 42 | 80,77 | 0,972 |
| 6 ou mais | 15 | 19,48 | 62 | 80,52 | |
| Profissional executante² | | | | | |
| Médico | 24 | 19,20 | 101 | 80,80 | 0,582 |

| | | | | | |
|------------------------------|----|-------|-----|--------|-------|
| Não médico | 1 | 25,00 | 3 | 75,00 | |
| Gestações² | | | | | |
| Menos de 3 | 22 | 22,00 | 78 | 78,00 | 0,162 |
| 3 ou mais | 3 | 10,34 | 26 | 89,66 | |
| Paridade² | | | | | |
| Menos de 3 | 25 | 20,00 | 100 | 80,00 | 1,000 |
| 3 ou mais | 0 | 0,00 | 4 | 100,00 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 25 | 19,69 | 102 | 80,31 | 1,000 |
| 3 ou mais | 0 | 0,00 | 2 | 100,00 | |

* Significativo a 5%

¹Teste qui-quadrado

²Teste exato de Fisher

TABELA VI – Associação entre informação sobre medicamentos e variáveis socioeconômicas e do pré-natal no setor público e privado

| CARACTERÍSTICAS | Informação sobre medicamentos (setor público) | | | | Valor de p* |
|---|---|---------|---------|---------|-------------|
| | Sim (n) | Sim (%) | Não (n) | Não (%) | |
| Idade¹ | | | | | |
| Menos de 25 anos | 58 | 59,18 | 40 | 40,82 | 0,904 |
| 25 anos ou mais | 69 | 60,00 | 46 | 40,00 | |
| Estado civil¹ | | | | | |
| Com união | 105 | 61,05 | 67 | 38,95 | 0,386 |
| Sem união | 22 | 53,66 | 19 | 46,34 | |
| Escolaridade¹ | | | | | |
| Até 9 anos | 35 | 50,72 | 34 | 49,28 | 0,067 |
| Além de 9 anos | 92 | 63,89 | 52 | 36,11 | |
| Ocupação¹ | | | | | |
| Sim | 60 | 62,50 | 36 | 37,50 | 0,438 |
| Não | 67 | 57,26 | 50 | 42,74 | |
| Início do pré-natal¹ | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 94 | 63,09 | 55 | 36,91 | 0,116 |
| Do 2º trimestre em diante | 33 | 51,56 | 31 | 48,44 | |
| IG na entrevista¹ | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 11 | 61,11 | 7 | 38,89 | 0,893 |
| Do 2º trimestre em diante | 116 | 59,49 | 79 | 40,51 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----|-------|----|-------|--------|
| Menos de 6 | 58 | 55,24 | 47 | 44,76 | 0,198 |
| 6 ou mais | 69 | 63,89 | 39 | 36,11 | |
| Profissional executante¹ | | | | | |
| Médico | 94 | 58,75 | 66 | 41,25 | 0,651 |
| Não médico | 33 | 62,26 | 20 | 37,74 | |
| Gestações¹ | | | | | |
| Menos de 3 | 91 | 65,00 | 49 | 35,00 | 0,027* |
| 3 ou mais | 36 | 49,32 | 37 | 50,68 | |
| Paridade¹ | | | | | |
| Menos de 3 | 112 | 58,33 | 80 | 41,67 | 0,246 |
| 3 ou mais | 15 | 71,43 | 6 | 28,57 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 125 | 59,52 | 85 | 40,48 | 1,000 |
| 3 ou mais | 2 | 66,67 | 1 | 33,33 | |

Informação sobre medicamentos (setor privado)

| CARACTERÍSTICAS | Sim (n) | Sim (%) | Não (n) | Não (%) | Valor de p* |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------------|
| Idade¹ | | | | | |
| Menos de 25 anos | 23 | 76,67 | 7 | 23,33 | 0,146 |
| 25 anos ou mais | 87 | 87,88 | 12 | 12,12 | |
| Estado civil² | | | | | |
| Com união | 97 | 86,61 | 15 | 13,39 | 0,278 |
| Sem união | 13 | 76,47 | 4 | 23,53 | |
| Escolaridade² | | | | | |
| Até 9 anos | 7 | 77,78 | 2 | 22,22 | 0,620 |
| Além de 9 anos | 103 | 85,83 | 17 | 14,17 | |
| Ocupação¹ | | | | | |
| Sim | 80 | 87,91 | 11 | 12,09 | 0,190 |
| Não | 30 | 78,95 | 8 | 21,05 | |
| Início do pré-natal² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 102 | 85,71 | 17 | 14,29 | 0,641 |
| Do 2º trimestre em diante | 8 | 80,00 | 2 | 20,00 | |
| IG na entrevista² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 8 | 80,00 | 2 | 20,00 | 0,641 |
| Do 2º trimestre em diante | 102 | 85,71 | 17 | 14,29 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |
| Menos de 6 | 44 | 84,62 | 8 | 15,38 | 0,863 |
| 6 ou mais | 66 | 85,71 | 11 | 14,29 | |
| Profissional executante² | | | | | |
| Médico | 106 | 84,80 | 19 | 15,20 | 1,000 |

| | | | | | |
|------------------------------|-----|--------|----|-------|-------|
| Não médico | 4 | 100,00 | 0 | 0,00 | |
| Gestações² | | | | | |
| Menos de 3 | 84 | 84,00 | 16 | 16,00 | 0,563 |
| 3 ou mais | 26 | 89,66 | 3 | 10,34 | |
| Paridade² | | | | | |
| Menos de 3 | 106 | 84,80 | 19 | 15,20 | 1,000 |
| 3 ou mais | 4 | 100,00 | 0 | 0,00 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 108 | 85,04 | 19 | 14,96 | 1,000 |
| 3 ou mais | 2 | 100,00 | 0 | 0,00 | |

* Significativo a 5%

¹Teste qui-quadrado

²Teste exato de Fisher

TABELA VII – Associação entre número de drogas utilizadas e variáveis estudadas no setor público e privado.

| CARACTERÍSTICAS | Número de drogas utilizadas (setor público) | | | | Valor de p* |
|---|---|---------|-----|---------|-------------|
| | < 3 (n) | < 3 (%) | ≥ 3 | ≥ 3 (%) | |
| Idade¹ | | | | | |
| Menos de 25 anos | 77 | 78,57 | 21 | 21,43 | 0,677 |
| 25 anos ou mais | 93 | 80,87 | 22 | 19,13 | |
| Estado civil¹ | | | | | |
| Com união | 137 | 79,65 | 35 | 20,35 | 0,905 |
| Sem união | 33 | 80,49 | 8 | 19,51 | |
| Escolaridade¹ | | | | | |
| Até 9 anos | 56 | 81,16 | 13 | 18,84 | 0,735 |
| Além de 9 anos | 114 | 79,17 | 30 | 20,83 | |
| Ocupação¹ | | | | | |
| Sim | 77 | 80,21 | 19 | 19,79 | 0,896 |
| Não | 93 | 79,49 | 24 | 20,51 | |
| Início do pré-natal¹ | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 116 | 77,85 | 33 | 22,15 | 0,277 |
| Do 2º trimestre em diante | 54 | 84,38 | 10 | 15,63 | |
| IG na entrevista² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 15 | 83,33 | 3 | 16,67 | 1,000 |
| Do 2º trimestre em diante | 155 | 79,49 | 40 | 20,51 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |

| | | | | | |
|--|-----|-------|----|-------|--------|
| Menos de 6 | 81 | 77,14 | 24 | 22,86 | 0,339 |
| 6 ou mais | 89 | 82,41 | 19 | 17,59 | |
| Profissional executante¹ | | | | | |
| Médico | 134 | 83,75 | 26 | 16,25 | 0,013* |
| Não médico | 36 | 67,92 | 17 | 32,08 | |
| Gestações¹ | | | | | |
| Menos de 3 | 114 | 81,43 | 26 | 18,57 | 0,416 |
| 3 ou mais | 56 | 76,71 | 17 | 23,29 | |
| Paridade² | | | | | |
| Menos de 3 | 153 | 79,69 | 39 | 20,31 | 1,000 |
| 3 ou mais | 17 | 80,95 | 4 | 19,05 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 169 | 80,48 | 41 | 19,52 | 0,104 |
| 3 ou mais | 1 | 33,33 | 2 | 66,67 | |

Número de drogas utilizadas (setor privado)

| CARACTERÍSTICAS | < 3 (n) | < 3 (%) | ≥ 3 | ≥ 3 (%) | Valor de p* |
|---|-------------------|-------------------|------------|----------------|--------------------|
| Idade² | | | | | |
| Menos de 25 anos | 3 | 10,00 | 27 | 90,00 | 1,000 |
| 25 anos ou mais | 12 | 12,12 | 87 | 87,88 | |
| Estado civil² | | | | | |
| Com união | 14 | 12,50 | 98 | 87,50 | 0,691 |
| Sem união | 1 | 5,88 | 16 | 94,12 | |
| Escolaridade² | | | | | |
| Até 9 anos | 1 | 11,11 | 8 | 88,89 | 1,000 |
| Além de 9 anos | 14 | 11,67 | 106 | 88,33 | |
| Ocupação² | | | | | |
| Sim | 8 | 8,79 | 83 | 91,21 | 0,138 |
| Não | 7 | 18,42 | 31 | 81,58 | |
| Início do pré-natal² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 14 | 11,76 | 105 | 88,24 | 1,000 |
| Do 2º trimestre em diante | 1 | 10,00 | 9 | 90,00 | |
| IG na entrevista² | | | | | |
| Antes do 2º trimestre | 4 | 40,00 | 6 | 60,00 | 0,017* |
| Do 2º trimestre em diante | 11 | 9,24 | 108 | 90,76 | |
| Número de consultas de pré-natal¹ | | | | | |
| Menos de 6 | 8 | 15,38 | 44 | 84,62 | 0,274 |
| 6 ou mais | 7 | 9,09 | 70 | 90,91 | |
| Profissional executante² | | | | | |
| Médico | 15 | 12,00 | 110 | 88,00 | 1,000 |

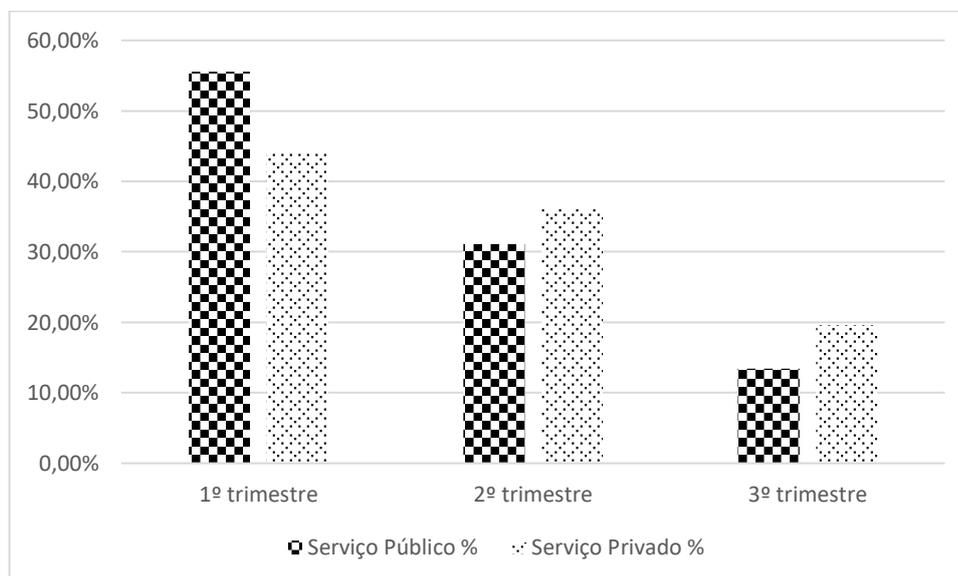
| | | | | | |
|------------------------------|----|-------|-----|--------|-------|
| Não médico | 0 | 0,00 | 4 | 100,00 | |
| Gestações² | | | | | |
| Menos de 3 | 11 | 11,00 | 89 | 89,00 | 0,743 |
| 3 ou mais | 4 | 13,79 | 25 | 86,21 | |
| Paridade² | | | | | |
| Menos de 3 | 15 | 12,00 | 110 | 88,00 | 1,000 |
| 3 ou mais | 0 | 0,00 | 4 | 100,00 | |
| Abortos² | | | | | |
| Menos de 3 | 15 | 11,81 | 112 | 88,19 | 1,000 |
| 3 ou mais | 0 | 0,00 | 2 | 100,00 | |

* Significativo a 5%

¹Teste qui-quadrado

²Teste exato de Fisher

GRÁFICO I Distribuição das gestantes dos serviços público e privado por número de drogas utilizadas por trimestre gestacional



Conclusões

Em ambos os serviços, a maioria das gestantes fez uso de ao menos uma medicação, a minoria das entrevistadas declarou automedicação e a maioria recebeu informações acerca do uso de medicamentos. O 1º trimestre gestacional foi o período de maior utilização de drogas. A maior parte dos medicamentos aliviou os sintomas, não provocou reação indesejada e não

precisou ser interrompida. No serviço privado, foram maiores a taxa de automedicação e o número de drogas utilizadas por gestantes se comparados ao outro serviço. No setor público, predominou o uso de medicações classe B e no privado, classe C.

Abstract

The objective of this study is to know and classify the medications used by pregnant women in public and private prenatal care in Aracaju / SE. Interviews, classification of medications and statistical analysis were used in the Statistical Package for the Social Sciences software (IBM SPSS 25.0). In the public service (n = 213), 15.49% of the pregnant women declared self-medication; 52.58% used only one class; 42.25% made use of class B. In the private service (n = 129), 19.38% of the pregnant women declared self-medication; 44.19% used three classes; 36.43% made use of class C. In the public service, statistical significance was observed between self-medication / gestational age in the interview, self-medication / number of prenatal consultations, self-medication / number of drugs used / professional performing. And in the private service, between self-medication / occupation, number of drugs used / gestational age during the interview. It was understood that self-medication was not prevalent; the highest drug use occurred in the first trimester of pregnancy; there was relief of symptoms predominantly. The pregnant women in the private service demonstrated more self-medication than the public.

Unitermos em inglês: pregnant women; medication; prenatal care; self medication

Referências Bibliográficas

ADAM, Margaret P.; POLIFKA, Janine E.; FRIEDMAN, J. M. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. In: **American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics**. Wiley Subscription Services, Inc., A Wiley Company, 2011. p. 175-182.

BRUM, L.F.S. *et al.* Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2435-2442, 2011.

BUCKOREELALL, K.; CRESSEY, T.R.; KING, J.R. Pharmacokinetic optimization of antiretroviral therapy in pregnancy. **Clinical pharmacokinetics**, v. 51, n. 10, p. 639-659, 2012.

CAPARROZ, F.A. *et al.* Rhinitis and pregnancy: literature review. **Brazilian journal of otorhinolaryngology**, v. 82, n. 1, p. 105-111, 2016.

COSTA, D.B.; COELHO, H.L.L.; SANTOS, D.B. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00126215, 2017.

DE JONG-VAN DEN BERG, L.T.W. *et al.* Drug use in pregnancy: a comparative appraisal of data collecting methods. **European journal of clinical pharmacology**, v. 45, n. 1, p. 9-14, 1993.

EBRAHIMI, H. *et al.* Self-medication and its risk factors among women before and during pregnancy. **Pan African Medical Journal**, v. 27, n. 1, 2017.

FONSECA, M.R.C.C.; FONSECA, E.; BERGSTEN-MENDES, G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, p. 205-212, 2002.

GOMES, K.R.O. *et al.* Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p. 246-254, 1999.

GUERRA, G.C.B.; SILVA, A.Q.B.; FRANÇA, L.B.; ASSUNÇÃO, P.M.C.; CABRAL, R.X.; FERREIRA, A.A.A. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 30, n. 1, p. 12-8, 2008.

JOHNSON, K.E. *et al.* Methods of linking mothers and infants using health plan data for studies of pregnancy outcomes. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 22, n. 7, p. 776-782, 2013.

KAWAMURA, Y. *et al.* Effects of thalidomide on Fgf8, Bmp4 and Hoxa11 expression in the limb bud in Kbl: JW rabbit embryos. **Congenital anomalies**, v. 54, n. 1, p. 54-62, 2014.

MITCHELL, A.A. *et al.* Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976-2008. **American journal of obstetrics and gynecology**, v. 205, n. 1, p. 51. e1-51. e8, 2011.

MENEZES, M. S. S. *et al.* Uso de medicamentos por gestantes atendidas no Hospital da Polícia Militar–Mossoró/RN. **Rev. Bras. Farm**, v. 95, n. 1, p. 512-529, 2014.

RIBEIRO, A.S. *et al.* Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 25, n. 1, p. 62-67, 2013.

THORPE, P.G. *et al.* Medications in the first trimester of pregnancy: most common exposures and critical gaps in understanding fetal risk. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, v. 22, n. 9, p. 1013-1018, 2013.

VI. ANEXOS

1. Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

1. Esclarecimento

A senhora está sendo convidada a participar da pesquisa “Uso de medicamentos entre gestantes”, de responsabilidade de Jucyara Natália Araújo de Oliveira, aluna de graduação do curso de Medicina da Universidade Federal de Sergipe, sob orientação da Prof.^a Dr.^a Júlia Maria Gonçalves Dias. O objetivo desta pesquisa é conhecer os medicamentos usados durante a gestação.

Para participar desse estudo, a senhora precisa responder algumas perguntas contidas em um questionário relacionadas à sua identificação e histórico clínico da gravidez. Sua participação é voluntária, não oferecerá despesas financeiras, além de que a senhora terá a liberdade de desistir a qualquer momento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com os pesquisadores ou com a instituição. Toda pesquisa possui riscos e benefícios, assim para evitar constrangimento durante a entrevista, as perguntas serão realizadas em um local reservado.

As informações obtidas no questionário serão guardadas em segredo e divulgadas sem identificar seus nomes. Além disso, a senhora poderá ter acesso, a qualquer tempo, às informações sobre a pesquisa, eliminando qualquer dúvida por meio do telefone (79) 991365506 ou e-mail: jucyara92@gmail.com

Este projeto foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Sergipe.

2. Consentimento

Eu, _____,
RG nº _____, declaro ter conhecimento das informações deste termo de consentimento, concordo em participar como voluntário da pesquisa acima descrita e autorizo a utilização dos dados.

Aracaju, ____ de _____ de _____

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

