



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE
UNIDADE ACADÊMICA DE SAÚDE**

CURSO DE BACHARELADO EM FARMÁCIA

ADÉLIA PAULA DE ANDRADE ARAGÃO

USO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES: UMA REVISÃO

CUITÉ – PB

2015

ADELIA PAULA DE ANDRADE ARAGÃO

USO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES: UMA REVISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande - PB, como forma de obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

Orientadora: Prof^ª. MsC. Andrezza Duarte Farias.

CUITÉ - PB

2015

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA NA FONTE
Responsabilidade Jesiel Ferreira Gomes – CRB 15 – 256

A659u Aragão, Adélia Paula de Andrade.

Uso de medicamentos por gestantes: uma revisão. /
Adélia Paula de Andrade Aragão. – Cuité: CES, 2015.

33 fl.

Monografia (Curso de Graduação em Farmácia) – Centro
de Educação e Saúde / UFCG, 2015.

Orientadora: Andrezza Duarte Farias.

1. Farmacoepidemiologia. 2. Gestante. 3. Gestante - uso
de medicamentos. I. Título.

Biblioteca do CES - UFCG

CDU 615.03

ADELIA PAULA DE ANDRADE ARAGÃO

USO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES: UMA REVISÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à coordenação do curso de Bacharelado em Farmácia da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG/CES como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Farmácia.

APROVADO EM: / /2015

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. MsC. Andrezza Duarte Farias
Orientadora
(UAS/CES/UFCG)

Prof^a. MsC. Yonara Monique da Costa Oliveira
Examinadora
(UAS/CES/UFCG)

Prof. MsC. Rodrigo dos Santos Diniz
Examinador
(UAS/CES/UFCG)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me permitir a realização desse sonho, que é a finalização do meu curso. Aos meus familiares e amigos que caminharam ao meu lado muitas vezes como testemunhas dos esforços e noites de sono. Ao meu pai Aragão em especial, pois sem ele nada disso seria possível. Com amor imensurável dedico-lhe este trabalho realizado. Ao meu marido Rodrigo por estar sempre ao meu lado, com paciência e amor, bem como ao nosso filho Miguel. À minha orientadora Andrezza, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

“A vida é fruto da decisão de cada momento. Talvez seja por isso, que a ideia de plantio seja tão reveladora sobre a arte de viver. Viver é plantar. É atitude de constante sementeira, de deixar cair na terra de nossa existência as mais diversas formas de sementes. Cada escolha, por menor que seja, é uma forma de semente que lançamos sobre o canteiro que somos. Um dia, tudo o que agora silenciosamente plantamos, ou deixamos plantar em nós, será plantação que poderá ser vista de longe... Para cada dia, o seu empenho. A sabedoria bíblica nos confirma isso, quando nos diz que "debaixo do céu há um tempo para cada coisa!" Hoje, neste tempo que é seu, o futuro está sendo plantado. As escolhas que você procura, os amigos que você cultiva, as leituras que você faz, os valores que você abraça, os amores que você ama, tudo será determinante para a colheita futura. Felicidade talvez seja isso: alegria de colher da terra que somos, frutos que sejam agradáveis aos olhos!”

(Padre Fábio de Melo)

RESUMO

A tragédia da talidomida no início da década de 1960 marcou a vida de muitas famílias, inclusive contribuiu para uma reflexão sobre o uso de medicamentos no período gestacional e sobre a importância dos ensaios pré-clínicos. Contudo, as prescrições na gravidez só aumentam e essa prática médica necessita ser revista para evitar maiores transtornos para as gestantes e seu conceito. O objetivo do presente trabalho foi fazer uma revisão de literatura sobre o uso de medicamentos na gestação, caracterizando as classes farmacológicas mais utilizadas e a classificação de acordo com o risco oferecido. Para isso, foi realizado um levantamento dos estudos publicados no Brasil entre o período de 2004 a 2014. A pesquisa foi realizada com base de dados Scielo e BVS, com palavras chave: EUM, uso de medicamentos e gravidez. Os resultados mostraram que as Unidades Básicas de Saúde são o local de maior atendimento entre as gestantes, provavelmente por razões socioeconômicas e culturais que atingem esse público. As mulheres com ensino fundamental incompleto, de baixa renda e com a média de idade de 25 a 66 anos, foram as mais citadas nos estudos e o grupo farmacológico mais utilizado foram os antianêmicos, sendo o sulfato ferroso o medicamento de maior uso, sendo a maior causa de indicação de suplemento de ferro em casos de anemia diagnosticada na gestação. Com relação a classificação de risco a mais citada foi a categoria de risco A, que são fármacos isentos de risco ao feto e as doenças que mais acometem na gestação são doenças crônicas, com um maior uso de medicamentos feito no primeiro trimestre. Portanto foi possível observar a necessidade de estudos analíticos com a intenção de investigar os fatores associados ao uso de medicamentos, para que profissionais de saúde e as gestantes obtenham maiores informações e assim possibilitar o uso de medicamentos de maneira racional na gestação.

Palavras chaves: Farmacoepidemiologia, gestante, uso de medicamentos.

ABSTRACT

The thalidomide tragedy in the early 1960s marked the lives of many families, including contributing to a reflection on the use of medications during pregnancy and the importance of pre-clinical trials. However, the provisions in pregnancy only increase and this medical practice needs to be reviewed to avoid major hassles for pregnant women and fetus. The objective of this study was to make a literature review on the use of medication during pregnancy, featuring the most used drug classes and classification according to the risk posed. For this, a survey was conducted of the studies published in Brazil for the period from 2004 to 2014. The survey was conducted with Scielo and BVS database with keywords: EUM, drug use and pregnancy. The results showed that the Basic Health Units are the main site of care among pregnant women, probably due to socioeconomic and cultural factors that affect the public. Women with incomplete primary education, low income and the average age 25-66 years were the most cited in the studies and the most widely used pharmacological group were antianemics, with ferrous sulfate increased use of drug, being major cause of iron supplement indicated in cases of anemia diagnosed during pregnancy. Regarding the most frequently cited risk rating was the risk category A, which are drugs free of risk to the fetus and the diseases that most affect the pregnancy are chronic diseases, with greater use of medicines made in the first quarter. So it observed the need for analytical studies intended to investigate the factors associated with use of drugs, for health professionals and pregnant women obtain further information and thus enable the use of rationally medication during pregnancy.

Key words: Pharmacoepidemiology, pregnant women, drug use.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Divisão de grupos de medicamentos que oferecem risco no período gestacional.....	16
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1- Fluxograma do método de busca, seleção e avaliação dos estudos.....19

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Metodologia e caracterização dos artigos.....	19
Tabela 2 - Dados sócio demográficos das gestantes.....	22
Tabela 3 - Caracterização descritiva dos estudos realizados sobre uso de medicamentos por gestantes.....	22

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DMG	Diabetes mellitus gestacional
DPP	<i>Diabete Prevention Program</i>
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral	13
2.2 Objetivos Específicos	13
3. REFERENCIAL TEÓRICO	14
4. METODOLOGIA	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Coleta de dados.....	19
4.3 Análise dos dados.....	19
4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos artigos.....	19
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	21
6. CONCLUSÕES	30
7. REFERÊNCIAS	31
8. APÊNDICES	34

1. INTRODUÇÃO

Após o resultado das manifestações clínicas da talidomida entre os anos 50 e 60, o uso de medicamentos durante a gravidez requer uma maior investigação, sabendo que o seu uso irracional é um fator de risco para a saúde da mãe e do bebê (RODRIGUES; TERRENGUI, 2006). Até hoje é possível constatar as sérias consequências da talidomida, sabendo que as questões éticas envolvendo os ensaios clínicos durante o período de gravidez ainda são existentes (ANDRADE et al., 2014). Porém, gestantes com diabetes, hipertensão, asma, infecção do trato geniturinário, devem ser tratados com um princípio ativo que ofereça menor risco à saúde de ambos (WESTIN, 2013).

O uso de medicamentos fitoterápicos, homeopáticos e alopáticos, além de produtos para o cabelo e rosto, podem trazer sérios riscos para o feto e devem ser prescritos e orientados pelo médico a fim de evitar malformações. Há também outras medidas, não farmacológicas, como a mudança dos hábitos alimentares, atividade física, e receitas caseiras indicadas por um profissional, a fim de amenizar o uso de medicamentos e trazer maior confiança para a mãe em relação a possíveis danos ao feto (TORALLES et al., 2009).

Os suplementos e vitaminas fazem-se necessárias durante a gestação e são de grande importância para o desenvolvimento adequado do feto, assim como as vacinas contra hepatite B, influenza e a antitetânica disponibilizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Infelizmente a desigualdade social propicia a falta de informação aos mais carentes, o que poderia ser minimizado com a capacitação de profissionais da saúde para levar o conhecimento dos riscos que envolvem a morte de um feto, aos locais mais desprovidos (RODRIGUES; TERRENGUI, 2006).

Da mesma forma como foi constatado os problemas de teratogenicidade com a talidomida e o aumento dos tónus da musculatura uterina pelo misoprostol, também é possível verificar danos à gestante ou ao feto com outros medicamentos possivelmente consumidos nessa fase, assim, os estudos epidemiológicos sobre medicamentos durante a gestação são de suma importância (ANDRADE et al., 2014).

Portanto, o presente estudo propõe levantar hipóteses para o uso adequado de medicamentos por gestantes, por meio de uma revisão bibliográfica que possibilitou a compilação e análise de informações sobre o tema.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

Elaborar uma revisão bibliográfica sobre o uso de medicamentos por gestantes.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os estudos realizados sobre o uso de medicamentos no período gestacional;
- Descrever as características sócio demográficas das gestantes em estudo;
- Identificar os grupos farmacológicos mais utilizados por gestantes.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A talidomida foi sintetizada pela primeira vez em 1953 e em 1954 pela empresa alemã *Chemie grunenthal* para uso como anti-histamínico. Em 1959, na Alemanha iniciaram os primeiros casos de malformação congênita, bem caracterizada pelo defeito no desenvolvimento dos ossos longos dos braços e das pernas. Dava-se início a era da talidomida com mais de 10 mil casos de crianças nascidas com malformações. A talidomida só foi retirada do Brasil em 1965 com quatro anos de atraso, estimando-se em trezentos casos de malformação. (OLIVEIRA et al., 1999).

Desde esse acidente, o uso de medicamentos durante a gestação traz uma enorme insegurança devido a limitação dos ensaios clínicos, não sendo de inteira confiabilidade já que são realizados em animais e seres humanos não grávidos. Porém, ainda há uma enorme exposição de gestantes ao uso irracional de medicamentos (MENGUE et al., 2001).

Existem situações em que a não realização de ensaios clínicos, seja por empecilhos operacionais ou por entraves importantes do ponto de vista ético, contribui para uma indefinição perigosa com relação ao uso de medicamentos por gestantes. Um argumento levado em consideração é que o conhecimento do risco pelos médicos não os leva necessariamente a moderar a dose total prescrita, dessa forma, a questão do conhecimento versus o desconhecido se faz presente. Na maioria dos casos o risco à saúde do concepto não é absolutamente conhecido (CASTRO et al., 2004).

Em compensação, em alguns casos a intervenção terapêutica se faz necessária e nesse caso, o feto é exposto quando existe uma opção mais segura que a não-exposição, devido as consequências mórbidas em relação a condição patológica da mãe. Um exemplo seria o uso de corticoterapia ajudando o amadurecimento do pulmão fetal entre as 24^a e 34^a semanas de gestação, no caso de risco de parto prematuro. Outro exemplo seria a antibioticoterapia no combate de infecções crônicas durante a gestação e intraparto (CASTRO et al., 2004).

De acordo com GUERRA et al., (2008) “As classes de fármacos normalmente utilizados incluem preparados de ferro, ácido fólico, antibióticos, analgésicos, antiácidos, antieméticos e antiasmáticos, com pequenas diferenças entre outros estudos”.

Sabe-se hoje que muitos fármacos atravessam a barreira placentária e exercem efeitos farmacológicos no bebê, porém poucos apresentam riscos de teratogenicidade sendo o número de medicamentos menor que 30. Desse modo, é pouco provável a mulher não fazer uso de

medicamentos que possam lhe causar algum dano durante a gestação, em caso de doenças crônicas e outras que venham a surgir (GUERRA et al., 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), para haver o uso racional de medicamentos é preciso que haja a necessidade do uso, a prescrição do medicamento correto para uma determinada doença com eficácia e segurança comprovados, deve ser prescrito com a forma farmacêutica, dose e tempo de duração corretos e também que seja disponibilizado com preços aceitáveis atendendo aos critérios de qualidade. Além disso, é importante o fornecimento de informações e orientações adequadas sobre seu uso (AQUINO, 2008).

Porém, no Brasil a automedicação constitui-se como uma prática comum chegando a 35% dos medicamentos adquiridos. Sendo assim, os fatores que levam os brasileiros a se automedicar seria a indisponibilidade dos serviços de saúde, as filas intermináveis e a espera por atendimento médico de até meses (AQUINO, 2008).

A automedicação pode ser praticada ao adquirir o medicamento sem receita, compartilhar o remédio com outros membros da família ou do círculo social, utilizar sobras, reutilização de antigas receitas e o não cumprimento da prescrição por um profissional, havendo um prolongamento ou interrompendo-se de forma precoce a administração e o período de tempo indicados (TEXEIRA et al., 2014).

No Brasil, os requisitos para prescrição de medicamentos estão contidos na lei nº 5.991/73. Os profissionais de saúde aptos a prescrever para os humanos são médicos, cirurgiões-dentistas e enfermeiros como estabelecido pela portaria do Ministério da Saúde nº1.625, de 10 de julho de 2007 (TEXEIRA et al., 2014). A resolução 586 de 29 de agosto de 2013 institui a prescrição farmacêutica no Brasil, autorizando os farmacêuticos brasileiros a prescreverem medicamentos sem tarja (de venda livre), plantas medicinais, drogas vegetais e fitoterápicos também isentos de prescrição médica (CRF-SP).

A OMS descreve seis etapas para a prescrição racional de medicamentos (MADRUGA; SOUZA, 2009), a saber:

- a) 1ª etapa: o profissional coleta as informações do paciente, investiga e interpreta seus sinais e sintomas, a fim de definir o problema e realizar um diagnóstico;
- b) 2ª etapa: após realizar o diagnóstico o prescritor deve especificar os objetivos terapêuticos;
- c) 3ª etapa: seleciona o tratamento que é considerado eficaz e seguro ao paciente;

- d) 4ª etapa: inclui medidas farmacológicas e não farmacológicas, onde devem ser apresentadas de maneira compreensível e detalhada na prescrição para facilitar a dispensação e uso do medicamento pelo paciente;
- e) 5ª etapa: o profissional deve informar ao paciente sobre a terapêutica selecionada e combinar um retorno;
- f) 6ª etapa: deve promover o monitoramento do tratamento proposto.

Segundo a portaria nº 3.916/MS/GM, de 30 de outubro de 1998 do Ministério da Saúde, os estudos de utilização de medicamentos (EUM) são aqueles referentes “a comércio, distribuição, prescrição e uso de medicamentos pela população, com um maior destaque sobre as suas consequências médicas, sociais e econômicas resultantes” e para complementar obtêm-se os estudos de farmacovigilância e os ensaios clínicos (ANVISA, 1998).

Alguns problemas da utilização de medicamentos, inclusive por gestantes estão ligados à escolha inadequada do medicamento, exposições indevidas a reações adversas que por vezes podem até ser fatais, o aumento da resistência bacteriana e o aumento da automedicação, assim como seus riscos (MELO et al., 2006).

A importância do EUM destaca diferentes estratégias a fim de produzir uma lista de medicamentos essenciais e de formulários terapêuticos como uma forma de promover o uso racional de medicamentos disponibilizados pelos serviços de saúde. É também conhecido a importância da implementação da assistência farmacêutica devido a existência de grupos de risco como, por exemplo, das gestantes onde apresenta uma desproporção entre o que se pode comprovar e o que se desconhece em relação ao medicamento a ser consumido (CASTRO, 2000).

Durante a gestação é comum o uso de pelo menos um medicamento, seja por uma simples gripe, ou por problemas de saúde já antes estabelecidos, como asma, epilepsia, diabetes, hipertensão, por exemplo. Para isso, o Food and Drug Administration (FDA) apresenta um registro de gravidez no qual fornece informações a respeito dos medicamentos possivelmente consumidos por essas mulheres, além de incentivar as mães a participar de estudos epidemiológicos acerca de possíveis danos à saúde provocados por medicamentos (FDA, 2014).

A FDA tem como objetivo obter dados a respeito da segurança do uso de medicamentos durante a gestação. Para isso, em dezembro de 2014, foi emitida uma nova regra na rotulagem com adição de informações de contatos para registros de gravidez, de forma a permitir que o

médico participe junto com a gestante fornecendo informações valiosas sobre reações adversas de um determinado medicamento. As informações que são obtidas nesses registros são devido a muitas apresentarem algum problema de saúde contínuo que obriga a tomada de medicamento durante o período gestacional ou para aquelas que já apresentavam alguma doença antes mesmo de confirmar a gravidez e ainda é indicado para aquelas mulheres que não planejavam ficar grávidas e acabam tomando algum medicamento sem antes saber. Portanto, para isso o registro da mãe ajuda a aumentar o conhecimento em relação ao uso de fármacos durante a gestação, de forma a possibilitar às futuras mães uma gravidez saudável assim como a do bebê (FDA, 2014).

Em relação à classificação de risco, a FDA nomeou 5 categorias conhecidas como A, B, C, D e X, para melhor esclarecimento quanto aos riscos de medicamentos (FURINI et al., 2009).

Quadro 1 - Divisão de grupos de medicamentos que oferecem risco no período gestacional

CLASSE	RISCO GESTACIONAL
Grupo A	São isentos de riscos.
Grupo B	não apresenta estudo em mulheres, mas foram feitas experiências em animais e não foi encontrado nenhum fator de perigo.
Grupo C	Não há estudos adequados em mulheres, e quando feito experiência em animais foram encontrados efeitos colaterais no feto, porém o benefício justifica o risco quando usado durante a gravidez.
Grupo D	Já contém informações sobre danos em fetos humanos, porém em casos extremos como risco de vida ou em doenças de maior gravidade o benefício justifica o risco.
Grupo X	Estudos indicaram anormalidades ou risco para o feto, nesse grupo o risco é bem maior que o seu benefício, portanto não deve ser utilizado durante a gravidez.

Fonte: FURINI et al., 2009.

No ano de 2002, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro e o desenvolvimento do Manual Técnico de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, que tem como objetivo a orientação da administração preventiva de ácido fólico desde o período antes da gestação, como também o uso de sulfato ferroso no início da gestação. Portanto, desde a primeira consulta ao pré-natal deve ocorrer a prescrição desses medicamentos citados, para prevenir anormalidades congênitas do tubo neural e anemia durante a gravidez (MAIA et al, 2014).

Sabe-se que, durante a gestação, infecções urinárias são muito frequentes, sendo que até 10% das gestantes podem apresentar algum episódio de infecção do trato urinário, a maioria assintomático, justificando-se a prescrição de antimicrobianos neste período. Em estudo com gestantes internadas no hospital do município de Mirassol em São Paulo, os antimicrobianos mais prescritos foram cefalotina e cefalexina (FRITZEN et al, 2014).

São exemplos de fármacos que estão associados à malformação fetal, principalmente quando usados no primeiro trimestre, a lamotrigina, o valproato de sódio e a paroxetina, medicamentos que atuam no tratamento da epilepsia e da depressão, respectivamente. É devido a esse fato que se faz necessária a classificação definida pela FDA. (CAMPOS et al, 2012).

Portanto, é de suma importância estudos epidemiológicos sobre o uso de medicamentos durante a gestação, a fim de permitir informações sobre eventos adversos ou benéficos dos medicamentos disponibilizados.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Diante dos objetivos do estudo, realizou-se uma revisão bibliográfica que reúne e discute informações produzidas na área do estudo. Uma revisão faz a análise de uma produção bibliográfica dentro de uma temática, onde é feito um recorte de tempo promovendo uma visão ampla de tópicos específicos, favorecendo novas ideias com uma visão crítica (MOREIRA, 2004).

4.2 Coleta de dados

Foram incluídos no estudo artigos contendo informações sobre estudos de utilização de medicamentos no período gestacional, com a data de publicação entre o período de 2004 a 2014. As bases de dados utilizadas na pesquisa foram a Scielo e BVS, com artigos científicos publicados e escritos em português.

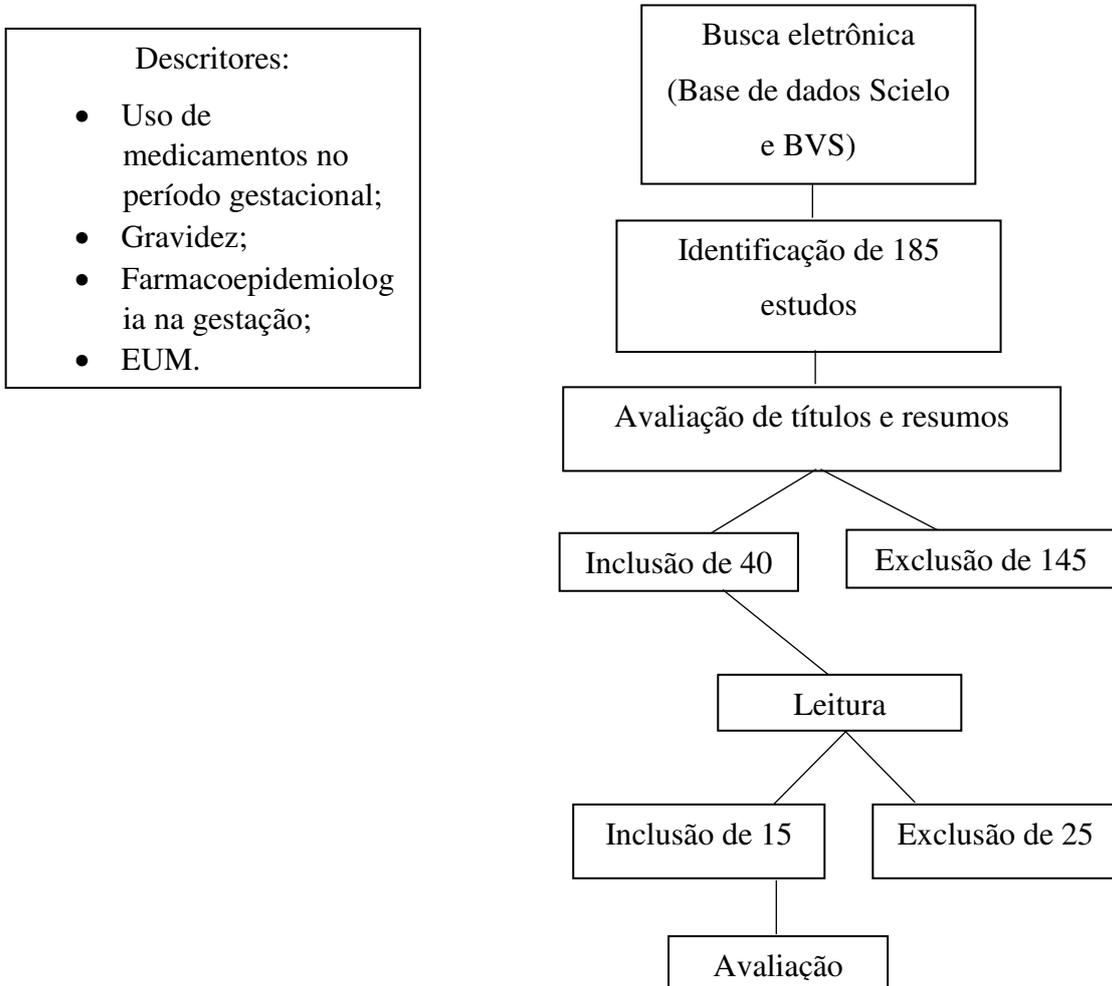
4.3 Análise dos dados

Foi realizada a análise dos artigos com as seguintes variáveis: caracterização dos estudos, caracterização das gestantes (idade, renda e escolaridade), classes farmacológicas usadas, a classificação de risco de medicamentos na gravidez e as doenças acometidas no período gestacional.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão dos artigos

Os critérios para inclusão dos artigos, eram aqueles que apresentavam títulos com EUM, gestantes, uso de medicamentos e gravidez, Publicados entre 2004 a 2014, apresentam as características sócio demográficas e os medicamentos utilizados por gestantes. E os critérios de exclusão eram aqueles com ano de publicação inferior, títulos que foge do tema principal, e que não continham medicamentos utilizados por gestantes.

Figura 1 - Fluxograma do método de busca, seleção e avaliação dos estudos. **Fonte:** Dados da pesquisa, 2015.



Uma tabela de avaliação foi elaborada (APÊNDICE A), na qual cada estudo selecionado foi devidamente identificado com o (os) nome(s) do autor(res) e ano de publicação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 15 estudos selecionados e analisados, foi possível observar que os estudos do tipo transversal foram mais comum com 33,3% (5/15). Os estudos descritivos (2/15) e qualitativos (2/15) se mostraram em um mesmo percentual 13,3%, e o de coorte apenas 6,66% (1/15). Houve prevalência dos estudos transversais, possivelmente devido a serem bastante utilizados em investigação epidemiológica. Nesse tipo de estudo, as principais vantagens são o seu baixo custo, sua fácil exequibilidade e a rapidez com que se consegue retorno dos dados obtidos (ARAGÃO, 2011) (tabela 1).

Tabela 1 - Metodologia e caracterização dos artigos analisados.

Tipo de estudo	N° de estudos	%
Transversal	5	33,3%
Descritivo	2	13,3%
Qualitativo	2	13,3%
Coorte	1	6,66%
Não cita	5	33,3%
Local de coleta		
UBS	10	66,66%
Hospital	3	20%
Maternidade	2	13,33%
Método de coleta		
Entrevista	8	53,33%
Consulta de prontuário e entrevista	2	13,33%
Consulta de prontuário	4	26,66%
Prescrição médica	1	6,66%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Foi possível observar a carência de estudos longitudinais sobre o uso de medicamentos em gestantes, isso mostra que esse déficit possibilita uma limitação de informações para as gestantes e profissionais da saúde. O estudo longitudinal, quando prospectivo, promove um melhor controle de vieses de seleção e de seguimento, assim como, da evolução temporal apesar de mais difícil do ponto de vista operacional, pois envolve busca ativa de conhecimentos concorrentes onde o registro não pode falhar em nenhum momento, devido haver o risco de invalidar a investigação. Além disso facilitam a detecção da incidência de eventos e facilita a correlação entre causa e desfecho. Já a abordagem retrospectiva, embora mais fácil do ponto de vista da operacionalidade e menos sujeito a questionamentos éticos,

pode não ser viável para conseguir avaliar de forma adequada a exposição, desfechos ou sequência temporal dos eventos, pela dificuldade de resgate de informações, devido à busca, no presente, de fatos ocorridos no passado (CASTRO et al., 2004).

Os locais de coleta mais empregado foram as unidades básicas de saúde (UBS) (10/15), totalizando 66,66%, o hospital com 20% (3/15) e a maternidade com 13,33% (2/15). O maior percentual dos trabalhos analisados inclui os usuários de pré natal dos serviços públicos de saúde. As UBS foram as mais citadas provavelmente devido a acessibilidade dos métodos epidemiológicos para estudar os eventos adversos ou benéficos decorrentes do uso de medicamentos através de estudos controlados e os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM), que tem como objetivo identificar os sujeitos, os fatores interferentes e o modo como os medicamentos são utilizados nas populações (CARMO; NITRINI, 2004).

As mulheres estão sendo estimuladas a realizar pré-natal e estão respondendo ao estímulo, com atendimento programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal, com realização de no mínimo seis consultas (FRITZEN; COLET; OLIVEIRA, 2014). Durante o período gestacional, o acesso das mulheres aos medicamentos é favorecido pelo programa de assistência farmacêutica do SUS, que tem como objetivo melhorar a integração dos recursos econômicos, visando aumentar a capacidade de financiamento de serviços e obter maior efetividade na atenção a gestante (MAEDA; SECOLI, 2008).

Com relação ao método de coleta, a opção entrevista foi a mais utilizada com 53,33% (8/15), seguido da consulta de prontuário com 26,66% (4/15), consulta de prontuário e entrevista 13,33% (2/15) e prescrição médica 6,66% (1/15). Isso é explicado devido a entrevista permitir ao pesquisador extrair uma quantidade muito grande de dados e informações que possibilitam um trabalho bastante rico. Esses dados obtidos podem ser encontrados em registros e fontes documentais, podendo estes serem fornecidos por determinadas pessoas (JÚNIOR BRITO; JÚNIOR FERES, 2011).

Em relação à caracterização das gestantes, os estudos tiveram maior frequência de mulheres com idade média de 25,66 anos (93,33%), com nível de escolaridade de ensino fundamental incompleto (40%) (6/15), renda inferior a 4,4 salários mínimos (40%) (6/15) (tabela 2). Porém, não foram todos os estudos que realizaram a caracterização socioeconômica das participantes.

Tabela 2 – Dados sócio demográficos das gestantes.

Caracterização das gestantes	Frequência	%
Idade	25,66 anos.	93,33%
Renda	Inferior a 4,4 salários.	40%
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto.	40%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

Tabela 3 - Caracterização descritiva dos estudos realizados sobre uso de medicamentos por gestantes.

Caracterização do uso de medicamentos	Frequência	%
Classificação de risco FDA	Utilizou a classificação	60%
Categoria de risco	Risco A	40%
	Risco B	6,6%
	Risco C	6,6%
Grupo farmacológico	Antianêmicos	60%
	Antimicrobianos	6,6%
	Plantas medicinais	6,6%
	Analésico não opióide	6,6%
Doenças na gravidez	Doenças crônicas	13,3%
	Diabetes mellitus gestacional	6,6%
Trimestre da gestação com maior utilização de medicamentos	1º trimestre	33,33%

Fonte: Dados da pesquisa, 2015.

A média de idade encontrada nos artigos avaliados foi de 25 anos, essa média é considerada segura, pois segundo uma pesquisa realizada com adolescentes grávidas de São Luís no Maranhão, foi possível observar que entre a faixa de 25 e 29 anos houve uma adequação do uso do pré-natal, uma diminuição da prematuridade, diminuição de baixo peso ao nascer, tamanho compatível para idade gestacional e pouca mortalidade infantil quando comparado com uma faixa de idade menor que 25 anos (SIMÕES et al, 2003).

Quanto à escolaridade, pode ser vista como causa ou consequência do nível de renda, pois aquelas gestantes que apresentavam menor escolaridade, também se mostrou com uma renda baixa ou sem renda. As gestantes com menor nível sócio-econômico tendem a usar medicamentos com menor frequência, e quando o fazem, usam preferencialmente antianêmicos. Já de maior nível sócio-econômico usam medicamentos com mais frequência, preferencialmente multivitamínicos e medicamentos que atuam sobre o aparelho digestivo, e início do pré-natal mais cedo. Porém a automedicação se mostrou mais prevalente em gestantes de baixa escolaridade e renda, devido a se consultar menos vezes (MENGUE et al, 2004).

A maioria dos estudos, (60%) ou (9/15), utilizaram as categorias definidas pela FDA (Food and Drug Administration). Segundo GUERRA et al (2008), essa classificação é constantemente abordada nas pesquisas, por avaliar o possível risco ao qual as gestantes e os fetos estão sendo expostos. A categoria de risco mais encontrada nos estudos foi a categoria A (40%), que são medicamentos para os quais não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados (CARMO; NITRINI, 2004).

No entanto, FRITZEN, COLET e OLIVEIRA (2014) relataram que 6,89% das gestantes receberam prescrições de antimicrobianos pertencentes à categoria C de risco durante o primeiro trimestre de gestação. Isso permite a necessidade de revisar as prescrições emitidas, pois nessa categoria estão inclusos medicamentos para os quais os estudos foram feitos em animais e revelaram efeitos adversos sobre o feto. Medicamentos dessa categoria deve ser evitados no primeiro trimestre de gestação devido aos riscos de anormalidades congênitas. Os riscos inerentes à gravidez podem acontecer em qualquer fase, porém os medicamentos podem apresentar maiores efeitos se administrados durante o primeiro trimestre (CAMPOS et al, 2012; FRITZEN; COLET; OLIVEIRA, 2014; MELO et al, 2009; FURINI et al, 2009; MAIA, TREVISOL; GALATO, 2014).

As categorias D e X considerados teratogênicos estão em menor uso em todos os estudos, no entanto o número de gestantes que fazem uso de medicamentos sem informações sobre segurança é alto. GUERRA et al (2008) afirmou em um estudo com mulheres não grávidas mostrou que a prescrição de medicamentos de categorias D ou X em apenas metade dos casos era acompanhada de orientações quanto a contracepção.

Todos os estudos descreveram os grupos farmacológicos mais utilizados na gestação, entre eles, vitaminas e minerais, antibióticos e antifúngicos, analgésicos não opióides, entre outros. Os antianêmicos foram os mais utilizados em 60% (9/15) dos artigos. Dentro dessa

classe, o sulfato ferroso apresentou destaque, tendo em vista o subprograma de assistência pré natal recomendar o uso de suplemento de ferro, embora estudos mostrarem que a prevalência de anemia por deficiência de ferro não foi reduzida, principalmente nos países em desenvolvimento, mostrou maior dominância entre os estudos analisados (CARMO; NITRINI, 2004; GUERRA et al 2008; BRUM et al, 2011; MELO et al, 2009; MAEDA e SECOLI, 2008; CAMPOS et al, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que 58% das gestantes referentes a esses países são anêmicas e as consequências desses problemas são o parto prematuro, crianças com baixo peso e risco de morte durante e após o parto (MAEDA; SECOLI, 2008). CARMO e NITRINI (2004) citam em seu artigo um outro aspecto a ser destacado que é a prescrição de ácido fólico para mulheres no segundo e terceiro trimestre de gravidez, quando já não ocorre o seu efeito protetor contra má formação congênita, configurando uso desnecessário. Portanto, discutir prescrições é aspecto fundamental para buscar uma utilização racional de medicamentos.

FRITZEN; COLET; OLIVEIRA (2014) citam os antimicrobianos, entre eles os mais usados foram miconazol (creme vaginal) no primeiro trimestre, cefalexina de 500mg no segundo trimestre e azitromicina de 500mg no terceiro trimestre, sendo a cefalexina e azitromicina classificados na categoria B e Miconazol na categoria C. Os autores ainda relataram que os antimicrobianos da categoria B utilizados na pesquisa, como a azitromicina e a cefalexina, tem indicação para gestantes devido a apresentarem alta toxicidade seletiva e pequeno potencial de toxicidade para a gestante e feto. Já o miconazol de categoria C é o antifúngico que consta na relação de medicamentos utilizados no pré-natal, parto e puerpério, provavelmente devido ao seu pequeno efeito sistêmico, o que o torna menos tóxico. Os antibióticos são essenciais, por exemplo em infecções urinárias, considerado um dos principais problemas clínicos durante a gravidez, o antibiótico para esse tipo de tratamento deve ser de fácil administração, baixo custo e sem efeitos colaterais, oferecendo segurança (MAEDA; SECOLI, 2008).

O analgésico frequentemente utilizado foi o paracetamol. Esse medicamento pertence a categoria B de risco ao feto, sendo o analgésico de eleição para o uso durante a gravidez, porém, o mesmo tem sido comumente relatado nos estudos como algo preocupante, pois as gestantes têm se automedicado devido a ser de venda livre com fácil acesso (BRUM et al (2011), GUERRA et al (2008), MAEDA; SECOLI (2008), CARMO; NITRINI (2004)).

O acentuado uso de medicamentos no período gestacional pode representar um grande desafio para a classe médica, uma vez que, provoca ação potencialmente danosa não só para a

mulher, mas também para o conceito. A maioria dos princípios ativos atravessam a barreira placentária e põem em risco o desenvolvimento, além de expor o bebê a efeitos farmacológicos, porém os fármacos reconhecidos como teratogênicos representam um pequeno grupo. Devido a esse fato, é irreal acreditar que se pode evitar o uso de medicamentos completamente, até porque as mulheres portadoras de doenças crônicas ou que sofrem intercorrências durante a gestação, necessitam do uso de medicamentos para evitar maiores danos. Portanto, deve ser levado em consideração a superação dos benefícios em relação aos possíveis riscos causados a mãe e ao feto quando existe a necessidade de prescrição de drogas durante a gravidez (GUERRA et al, 2008).

Os autores PIRES; ARAÚJO (2011) e BRUM et al (2011) destacaram o uso de plantas medicinais na gestação, sendo algumas delas associadas a risco de causar aborto ou com propriedades teratogênicas, como exemplo *Mentha piperital*, *Peumus boldus*, Mol. e *Mentha pulegium* L. As informações obtidas nas entrevistas apontaram que as gestantes utilizaram as duas primeiras plantas medicinais para o tratamento de afecções no trato gastrointestinal, como azia e náuseas, e a última como calmante (BRUM et al, 2011). Nos resultados de PIRES e ARAÚJO (2011), as gestantes apontam o uso de Capim Limão (*Cymbopogon citratus*) com indicação de calmante, usado nos três trimestres de gestação, porém as evidências científicas mostram que elas são contraindicadas na gestação, por ser relaxante do útero. O Espinho Cheiroso tem indicação de uso como cicatrizante, no puerpério e o Boldo-da-Bahia, com indicação para dor de barriga no pré-concepcional, ambos sem evidências científicas de aborto. O conhecimento popular se mostra real e em alguns casos com fundamentação científica, especialmente sobre a experiência de risco vivenciada por elas, já que a ciência se mostra insuficiente na disponibilização de informações concernentes às reações adversas e contraindicação durante o período gestacional.

Nos estudos realizados em ambiente hospitalar, PIZZOL; SANSEVERINO; MENGUE (2008); DETSCH et al (2011); SILVA et al (2010), observou-se que os primeiros autores relatam sobre a associação do misoprostol e outras; o segundo avalia a evolução de mulheres com Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) e os fatores de risco que estão associados; o último autor fala sobre a avaliação de cálcio e ácido fólico como forma de suplemento para as gestantes. Em geral, o grupo farmacológico mais utilizado foi o dos antianêmicos, dessa forma, os três estudos indicam a necessidade de uma melhor avaliação das gestantes durante o pré-natal e conhecimento da prática médica a respeito das prescrições.

Dos trabalhos analisados 26,67% (4/15) trouxeram informações sobre doenças na gravidez e 73,33% (11/15) não informaram. As doenças mais comuns entre as gestantes foram diabetes mellitus gestacional (1/15), história familiar positiva para hipertensão arterial 6,66% (1/15) e doenças crônicas 13,3% (2/15). Entre as doenças crônicas estão presentes a hipertensão arterial sistêmica, asma, diabetes mellitus, doenças da tireoide e epilepsia (GUERRA et al, 2008). Porém, BRUM et al (2011) relata além destas, doença de chagas, toxoplasmose e sífilis. Ambos analisaram as doenças na gravidez em Unidades Básicas de Saúde e obtiveram respectivamente, um resultado de 40% e 44,4% em hipertensão arterial sistêmica.

Em relação à hipertensão gestacional, SILVA et al (2010) afirma que o consumo de suplementação de cálcio durante a gravidez reduz a incidência e severidade da doença hipertensiva gestacional entre mulheres de alto risco e entre populações com baixa ingestão de cálcio. Nesse estudo as pacientes que apresentavam um alto risco de pré-eclâmpsia submetidas a assistência pré-natal receberam uma prescrição de suplementação de cálcio, porém menos da metade foram aconselhadas a incluir alimentos com fonte de cálcio em suas dietas.

De acordo com DETSCH et al (2011), o diabetes mellitus gestacional aumenta o risco de complicações durante a gestação, tanto para a mãe quanto para o feto. Quando não tratada a DMG (diabetes mellitus gestacional), a mulher apresenta um maior risco de ruptura prematura de membranas, parto pré-termo, feto macrossômico e maior incidência de pré-eclâmpsia. Com base na *Diabete Prevention Program* (DPP), deve ser indicado para pacientes que apresentaram DMG no pós-parto um controle dietoterápico e a realização de atividades físicas, como forma de reduzir ou retardar a progressão para um diabetes mellitus 2.

Uma preocupação atual é o quadro de medicalização, fruto da lógica de mercado inerente às práticas da indústria farmacêutica e por outro lado, da hegemonia de visão mecanicista, biomédica e cartesiana com relação ao processo saúde-doença (MELO et al, 2009). Com isso, a medicalização durante a gestação associada a uso irracional de medicamentos é um comportamento de alto risco, pois nenhum medicamento é isento de toxicidade à mãe ou ao feto, e já deve ser considerado um problema de saúde pública (BRUM et al, 2011).

Dos trabalhos analisados, 66,66% (10/15) trouxeram informações sobre o trimestre em que as gestantes fizeram uso de medicamentos (CARMO; NITRINI (2004), GUERRA et al (2008), BRUM et al (2011), MELO et al (2009), CASTRO et al (2004), PIRES; ARAÚJO

(2011), PIZZOL; SANSEVERINO; MENGUE (2008), MAIA; TREVISOL; GALATO (2014), FRITZEN; COLET; OLIVEIRA (2014), CAMPOS et al (2012)). O primeiro trimestre foi o mais relatado entre os estudos (33,33%), isso pode ser explicado devido a gravidez indesejada, doenças crônicas que necessitam de medicamentos diários para o tratamento, falha na capacitação do médico se a paciente não receber uma prescrição, início do pré-natal posterior ao primeiro trimestre entre outros fatores.

Quando feito a análise dos estudos, CARMO e NITRINI (2004) relatou que 44,7% das mulheres receberam prescrições de medicamentos e 43,5% foram para aquelas que estavam no segundo trimestre, mostrando assim o distanciamento do uso racional de medicamentos, devido a prescrições de médicos e outros profissionais. FRITZEN; COLET; OLIVEIRA (2014) mostrou que o uso de antibióticos no primeiro e segundo trimestre foram iguais e que os mais prescritos foram de uso ginecológicos. CASTRO et al (2004) que tem como população alvo 10.072 puérperas internadas na maternidade no município do Rio de Janeiro, também refere o segundo trimestre com o número de medicamentos mais prescritos, diferentemente de GUERRA et al (2008) que relatou a frequência do uso de medicamentos associado aquelas gestantes que iniciaram o pré-natal mais cedo (no primeiro trimestre) e que tiveram o maior número de consultas.

BRUM et al (2011) descreveu o uso de medicamentos prescritos e não prescritos em um estudo descritivo em gestantes com pré-natal no SUS, relatando que dos 310 medicamentos prescritos, 130 eram para gestantes que estavam no terceiro trimestre, esse achado está de acordo com MELO et al (2009), que compara a idade gestacional ao uso de medicamentos e a relação estatística significativa foram com as mulheres que também se encontravam no terceiro trimestre, os dois artigos relatam que os estudos foram realizados em UBS.

A automedicação no período gestacional está envolvida ao menor número de consultas de pré-natal (FRITZEN; COLET; OLIVEIRA (2004) e CAMPOS et al (2012)). Com isso, as gestantes que recebem informações tendem a se automedicar menos, por elas conhecerem os riscos relacionados a algum medicamento. Portanto, durante o pré-natal, a equipe de saúde precisa desenvolver estratégias educativas e de cuidado em relação ao uso de medicamentos, de forma a permitir um uso seguro e eficaz, dessa maneira deixando a prática de automedicação para trás, e assim minimizar os riscos ao feto.

Foi possível observar uma carência de variáveis analíticas e estudos longitudinais para um melhor acompanhamento das gestantes, identificação de reações adversas a medicamentos

e sobre a vacinação, pois apenas dois artigos citam brevemente a porcentagem de gestantes que fizeram uso de vacina antitetânica, influenza e hepatite B (GUERRA et al, 2008) e MAIA; TREVISOL; GALATO 2014). Isso evidencia a importância de estudos que investiguem os fatores associados ao uso de medicamentos na gestação, para auxiliar não só mulheres grávidas, mas também a profissionais da saúde a ter uma visão mais aprofundada sobre o assunto, dessa forma minimizando os casos de medicamentação e automedicação na gravidez.

6. CONCLUSÕES

Foi perceptível a preocupação com a automedicação por gestantes, onde foi observado que está envolvido ao menor número de consultas de pré-natal e que as gestantes que recebem informações tendem a automedicar menos.

Existe uma falta de orientação e informações sobre o uso de medicamentos, portanto durante o pré-natal a equipe de saúde precisa desenvolver estratégias educativas e de cuidado em relação ao uso de medicamentos de forma a permitir um uso seguro e eficaz.

É observado a importância das agências reguladoras como a FDA que se mostra muito interessante para a emissão de dados epidemiológicos sobre reações adversas a medicamentos, e a limitação de estudos prospectivos e analíticos limitando a obtenção de dados e informações para os profissionais de saúde bem como para as gestantes.

7. REFERÊNCIAS

- ANDRADE, M.A. et al. Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no município de Rio Branco, Acre, Brasil: **Caderno Saúde Pública**. Vol.30. n.5, 2014. P.1-15. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000501042>
- AQUINO, D.S. da. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 13. P. 733-736. 2008.
- ARAGÃO, J. Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas. **Revista PRÁXIS**. 2011. P. 59-62. Disponível em: <http://web.unifoa.edu.br/praxis/numeros/06/59.pdf>
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Portaria nº3.916, de 30 de Outubro de 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>
- BRUM, L. F. S. et al. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde do município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol.16, n° 5, 2011. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000500012&lng=pt>
- CAMPOS, V. et al. Representações sobre o uso de medicamentos em gestantes assistidas na Rede Básica de Saúde. **Revista de Enfermagem**. Vol.20, n°2, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp2/v20e2a03.pdf>>
- CARMO T. A. et al. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Caderno De saúde Pública**, 2004. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20n4/15.pdf>>
- CASTRO, C. G. S. O. et al. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Caderno Saúde de Pública**, 2004. P. 73-82. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v20s1/08.pdf>>
- CASTRO, C. G. S. O.; et al. **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. 1ª ed. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2000.
- DETSCH, J. C. M. et al. Marcadores para o diagnóstico e tratamento de 924 gestações com diabetes melito gestacional. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**. Vol.55, n°6. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27302011000600005>
- FDA U. S. Food and Drug Administration. Registros de ajuda para informar medicações de utilização durante a gravidez. 2014. Disponível em: <<http://www.fda.gov/ForConsumers/ConsumerUpdates/ucm223320.htm>>

FRITZEN, J. S. et al. Uso de antimicrobianos por gestantes no serviço público de saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**. Vol.27, n°2, 2014. Disponível em: <http://ojs.unifor.br/index.php/RBPS/article/view/2471/pdf_1>

FURINI, A. A. C. et al. Estudo de indicadores de prescrição, interações medicamentosas e classificação de risco ao feto em prescrições de gestantes da cidade de Mirassol-São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. 2009. P. 211-216. Disponível em: <http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1073/827>

GUERRA, G. C. B. et al. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia**. 2008. P. 12-18. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n1/a03v30n1>>

JÚNIOR, A. F. B. et al. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**. Araxá, Vol.7. n.7, 2011. Disponível em: <<file:///C:/Users/ROD/Downloads/200-752-1-PB.pdf>>

MADRUGA, C. M. D. et al. Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica. João Pessoa, PB. 2009. Disponível em: <http://www.periciamedicadf.com.br/publicacoes/manual_prescricao_medica.pdf>

MAEDA S. T. et al. Uso e custo de medicamentos em gestantes de baixo risco. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol.16, n°2, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000200015>

MAIA, T. L. et al. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol.36, n°12, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032014001200541>

MELO, D. O. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. Vol. 42. N.4. 2006. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rbcf/article/viewFile/44155/47776>>

MELO, S. C. S. C. et al. Uso de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**. Vol. 22, n°1, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002009000100011#end>

MENGUE, S. S. et al. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Revista Saúde Pública**. Vol.35, n.5. 2001. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102001000500002&lng=pt>

MENGUE, S. S. et al. Fatores associados ao uso de medicamentos durante a gestação em seis cidades brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. Vol.20, n.6. 2004. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600018>

MOREIRA, W. Revisão de Literatura e Desenvolvimento Científico: Conceitos e Estratégias para Confecção. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.fatea.br/seer/index.php/janus/article/viewFile/1/1>>

OLIVEIRA, A. M. et al. Talidomida no Brasil: Vigilância com responsabilidade compartilhada? **Caderno de Saúde Pública**, 1999. P. 99-112. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/csp/v15n1/0040.pdf>>

PIRES, A. M. Percepção de risco e conceitos sobre plantas medicinais, fitoterápicos e medicamentos alopáticos entre gestantes. **Revista Baiana de Saúde Pública**. Vol.35, nº2. 2011. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/308/pdf_117>

PIZZOL, T. S. D. et al. A exposição ao misoprostol e hormônios durante a gravidez e risco de anomalia congênita. **Caderno Saúde de Pública**. Vol.24, nº6. 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000600025>

RODRIGUES, P.V.A.; TERRENGUI, S.C.L. Uso de medicamentos durante a gravidez. **Universidade de Santo Amaro**, 2006. P.1-14. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-02.pdf>>

SILVA, C. A. P. et al. Avaliação da suplementação de cálcio e ácido fólico na assistência pré-natal em São Paulo. **São Paulo Medical Journal**. Vol.128, nº6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-31802010000600003>

SIMÕES, V. M. F. et al. Características da gravidez na adolescência em São Luis, Maranhão. **Revista de Saúde Pública**. 2003. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v37n5/17469.pdf>>

TEXEIRA, C. C. et al. Automedicação entre gestantes: **características de sua prática**. 2014. Disponível em: <http://www2.portaleducacao.com.br/Artigo/Imprimir/58009>

TORALLES, B.M. et al. Importância do serviço de informações sobre agentes teratogênicos, Bahia, Brasil na prevenção de malformações congênitas: análise dos quatro primeiros anos de funcionamento. **Caderno Saúde de Pública**. Vol.25. n.1, 2009. P.1-141. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100011>

WESTIN, R. Durante a gravidez, cuidado com o uso de remédios deve ser redobrado. **BRASIL Senado federal**, 2013. Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/04/22/durante-a-gravidez-cuidado-com-uso-de-remedios-deve-ser-redobrado>>

APÊNDICE A

Relação dos artigos analisados e variáveis analisadas

Estudo	Amostra pesquisada	Idade	Renda	Escolaridade	Classificação de risco	Grupo farmacológico	Doenças na gravidez	Local da pesquisa	Trimestre com maior uso de med.
BRUM, et al. (2011)	Gestantes de 3 UBS	13-39 anos	Média mensal de 600,00 reais (68%)	Não relata	Categoria A (46,6%)	Antianêmicos 46,3% (sulfato ferroso 53,2%)	Doenças crônicas	UBS	3º Trimestre
CAMPOS, et al. (2012)	11 gestantes	20 anos	Não relata	Não relata	Não relata	Antianêmicos (sulfato ferroso)	Não relata	UBS	1º Trimestre
CARMO; NITRINI (2004)	427 gestantes	13-43 anos	3,4 salários mínimos	50,8% até a 8ª série	Categoria A (35,7%)	Antianêmicos (sulfato ferroso 22,3%)	Não relata	Maternidade	2º Trimestre (43,5%)
CASTRO, et al. (2004)	10.072 puérperas internadas	Não relata	Não relata	Não relata	Categoria X	Ocitocina 42,3%	Não relata	Maternidade	2º Trimestre (7,1)
DETSCH, et al. (2011)	916 gestantes	Superior a 25 anos	Não relata	Não relata	Não relata	Insulina	DMG 1 e 2 95,1%	Hospital	Não relata
FRITZEN; COLET; OLIVEIRA (2014)	87 gestantes	20-29 anos (47,13%)	Não relata	Não relata	Categoria B (61,54%)	Antimicrobianos 61,54%	Não relata	UBS	1º Trimestre
FURINI, et al (2009)	100 gestantes	Maior que 25 anos	Não relata	Não relata	Categoria C	Analgésico (dipirona sódica 11,2%)	Não relata	Hospital	Não relata

GUERRA, et al (2008)	610 gestantes	21-30 anos	Entre 1 e 2 salários mínimos (57,7%)	60,6% até 8 anos de estudo	Categoria A (42,7%)	Antianêmicos 536 (sulfato ferroso 342)	Doenças crônicas 63,2% com uso de mais de 2 med.	UBS	1º Trimestre (51,5% p/ mais de 2 med.)
MAEDA; SECOLI (2008)	47 gestantes	20-29 anos	Não relata	Não relata	Categoria A (34,1%)	Antianêmicos (sulfato ferroso)	Não relata	UBS	Não relata
MAIA; TREVISOL; GALATO (2014)	191 gestantes	13-24 anos (52,4%)	≤ 1.244 (50,5%)	≥ 5 anos de estudo (92,5%)	Categoria A (37,5%)	Antianêmicos (37,2%)	Não relata	UBS	1º Trimestre 97,6%
MELO, et al. (2009)	205 gestantes	Média de 23,7 anos	1-2 salários mínimos	Fundamental incompleto 27,3%	Categoria A	Antianêmicos (sulfato ferroso 45%)	Não relata	UBS	3º Trimestre 34,3%
MENGUE, et al. (2004)	5.564 gestantes	30 anos ou mais (34,7%)	Não relata	> 11anos de estudo 33,8%	Não relata	Antianêmicos e vitaminas 57,2%	Não relata	UBS	Não relata
PIRES; ARAÚJO (2011)	9 gestantes	15-30 anos	200-800 reais	Não relata	Não relata	Plantas medicinais	Não relata	UBS	1º 2º e 3º Trimestre
PIZZOL; SANSEVERINO; MENGUE (2008)	4.856	30-48 anos (35,1%)	Não relata	8-11 anos de estudo	Não relata	Misoprostol 17%	Não relata	UBS	2º e 3º Trimestre

SILVA, et al (2010)	250 gestantes	13-45 anos	Não relata	Não relata	Não relata	Sais minerais (cálcio 80,77%) Antianêmicos (ácido fólico 73,33%)	História familiar positiva p/ hipertensão arterial crônica 45,60%	Hospital	Não relata
------------------------	---------------	------------	------------	------------	------------	--	---	----------	------------