



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA**

**MAYARA DE MATOS MORAIS MONTEIRO**

**PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES ATENDIDAS EM  
UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE**

**FORTALEZA**

**2012**

**MAYARA DE MATOS MORAIS MONTEIRO**

**PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES ATENDIDAS EM  
UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Farmácia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a conclusão do curso de Farmácia e obtenção do título de Farmacêutico.

Orientadora: Profa. Dra. Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva.

**FORTALEZA**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

M778p Monteiro, Mayara de Matos Moraes.  
Perfil de utilização de medicamentos por gestantes atendidas em uma maternidade do município de Fortaleza – CE/ Mayara de Matos Moraes Monteiro. – 2012.  
50 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Curso de Farmácia, Fortaleza, 2012.  
Orientação: Profa. Dra. Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva.

1. Uso de Medicamentos 2. Gestação 3. Automedicação I. Título.

CDD 615.1

---

**MAYARA DE MATOS MORAIS MONTEIRO**

**PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES ATENDIDAS EM  
UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Farmácia, da Universidade Federal do Ceará, como requisito para a conclusão do curso de Farmácia e obtenção do título de Farmacêutico.

Orientadora: Profa. Dra. Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva.

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Nirla Rodrigues Romero

Universidade Federal do Ceará - UFC

---

Ms. Vanessa Maria de Souza Fernandes Vieira

Farmacêutica

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, criador de todas as coisas, que me proporcionou concluir este ciclo.

À minha mãe e minha avó, pelo amparo, amor e apoio durante todos esses anos e neste momento, em especial.

Aos meus familiares, tios e primos, especialmente, minhas primas, Amanda, por toda a confiança construída desde crianças, e Juliana pela amizade verdadeira.

Ao meu namorado, Gervásio, pelo amor, carinho, auxílio e compreensão nos finais de semana de estudos.

Às minhas amigas da época de colégio, Déborah, Priscila e Raquel, que apesar da distância, nunca foi perdido o companheirismo, as boas risadas e a compreensão nos momentos mais difíceis da faculdade e da vida.

À minha turma, Farmácia UFC 2012.1, pelos ensinamentos que levarei por vida toda.

Aos amigos de faculdade, Adriano, Karlinha e Tati, que estiveram sempre tão próximos compartilhando momentos tão felizes que ficarão guardados para sempre na memória e no coração. À Auriana, Vívian, Débora, Mirlayne, Milena, Talita, Ricardo e Thiago, por todos os momentos em que tive a oportunidade de estar ao lado de vocês. À Karol, pela disponibilidade, amizade e ajuda imensurável.

Aos professores, por todo o conhecimento partilhado, e à minha Orientadora, Prof<sup>a</sup> Izabel pela calma, seu jeito humanizado e ajuda nesses últimos meses.

## RESUMO

A gravidez é um período da vida feminina em que ocorrem várias mudanças físicas e emocionais, estando a gestante, portanto, sujeita a intercorrências de saúde que muitas vezes necessitam da utilização de medicamentos, entretanto são raros os experimentos para determinar a eficácia e segurança dos medicamentos nesse grupo populacional. Em vista dos riscos potenciais que os medicamentos podem causar ao feto em desenvolvimento, estudos de utilização de medicamentos durante a gravidez são necessários no sentido contribuir para o uso racional destes durante a gestação. O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil de utilização de medicamentos utilizados por gestantes que são atendidas em uma maternidade pública do município de Fortaleza-CE. O estudo caracterizou-se como observacional, transversal e prospectivo em que foram entrevistadas 204 gestantes que estavam em atendimento de pré-natal durante o período da pesquisa, de março a abril de 2012 e que se dividiam entre os atendimentos para gestantes de risco, normal ou adolescentes. O perfil encontrado foi o predomínio de gestantes com faixa etária entre 20 e 29 anos (38,7%), que não haviam planejado a gravidez (63%), que possuíam o ensino fundamental incompleto (35,7%) e que iniciaram o pré-natal durante o primeiro trimestre de gravidez (79,9%), com maiores índices no segundo mês (39,2%) de gestação. Das entrevistadas, 201 (98,5%) relataram uso de pelo menos um medicamento durante a gravidez. A utilização de medicamentos se deu principalmente naquelas gestantes que iniciaram o pré-natal até o primeiro trimestre, 81,8% das citações de uso. Entre os medicamentos mais utilizados, encontram-se o sulfato ferroso (58,3%) e ácido fólico (54,4%); o paracetamol (55,9%) e os polivitamínicos (22,5%). Dentre esses medicamentos utilizados pelas gestantes desde o início da gravidez até a data da entrevista nenhum tinha teratogenicidade comprovada ao feto, e o maior risco identificado se deu para 3 medicamentos pertencentes à categoria C de classificação do FDA. Ao serem questionadas sobre a existência de problemas de saúde, 50,5% (n= 103) responderam que possuíam alguma comorbidade, sendo a mais freqüente, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), 29,7% (n= 41), porém apenas 53 gestantes (51,4%) faziam uso de medicamentos de forma contínua para seus problemas, sendo que destes, 7 foram classificados na categoria D estando portanto, à critério do médico a prescrição destes e nenhum dos medicamentos eram da categoria X da FDA. A automedicação foi citada por 29,3% (n=59) das gestantes. Concluiu-se que a realidade revelada

pelas mulheres deste estudo mostra convergência com o que tem sido observado na literatura e que deve-se buscar obter êxito no uso racional de medicamentos.

**Palavras-chave:** Uso de medicamentos. Gestação. Automedicação.

## ABSTRACT

Pregnancy is a period of female life that occur in various physical and emotional changes, being the pregnant woman subject to health complications that often require the use of drugs, but there are only few experiments to determine the efficacy and safety of medicines to this population group. In view of the potential risks that drugs can cause to the developing fetus, studies of drug use during pregnancy are necessary in order to contribute to the rational use of these during pregnancy. The aim of this study was to understand the usage profile of drugs used by pregnant women who are cared in a public maternity in Fortaleza-CE. The study was characterized as an observational, prospective and transversal. During the study period, were interviewed 204 women who were in attendance in March-April 2012. They were divided in group for pregnant women at risk, normal or adolescents. The profile showed the predominance of women aged between 20 and 29 (38.7%) who had not planned the pregnancy (63%), which had elementary school (35.7%) and who started prenatal care during the first trimester of pregnancy (79.9%), with higher rates in the second month (39.2%) of gestation. Of those interviewed, 201 (98.5%) reported using at least one drug during pregnancy. Prescription drug use was mainly in those women who began prenatal care until the first quarter with 81.8% of citations of usage. Among the most widely used drugs, are ferrous sulfate (58.3%) and folic acid (54.4%), paracetamol (55.9%) and multivitamins (22.5%). Among those drugs used by pregnant women since the beginning of pregnancy until the interview date had no proven teratogenicity to the fetus, and the highest risk occurred for three drugs in category C classification from the FDA. On being questioned about the existence of health problems, 50.5% (n = 103) responded that they had a comorbidity, the most frequent was high blood pressure (HBP), 29.7% (n = 41), but only 53 patients (51.4%) were using drugs on an ongoing basis to their problems, and of these medications, seven were classified in category D and is therefore at the discretion of the physician's prescription and no drugs were FDA category X. The self-medication was reported by 29.3% (n = 59) of pregnant women. It was concluded that the reality revealed by the women in this study shows convergence with what has been observed in the literature and should seek to succeed in the rational use of medicines.

**Keywords:** Drugs utilization. Pregnancy. Self-medication.

## SUMÁRIO

|                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>                                                                  | <b>8</b>  |
| <b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>                                                       | <b>10</b> |
| <b>2.1 O consumo de medicamentos pela população.....</b>                                  | <b>10</b> |
| <b>2.1.1 A automedicação e seus riscos.....</b>                                           | <b>11</b> |
| <b>2.2 Uso de medicamentos na gestação.....</b>                                           | <b>13</b> |
| <b>3 OBJETIVOS.....</b>                                                                   | <b>18</b> |
| <b>3.1 Objetivo geral.....</b>                                                            | <b>18</b> |
| <b>3.2 Objetivos específicos.....</b>                                                     | <b>18</b> |
| <b>4 METODOLOGIA.....</b>                                                                 | <b>19</b> |
| <b>4.1 Desenho do Estudo.....</b>                                                         | <b>19</b> |
| <b>4.2 Local do Estudo.....</b>                                                           | <b>19</b> |
| <b>4.3 Características da população em estudo .....</b>                                   | <b>19</b> |
| <b>4.4 Coleta e Análise dos dados.....</b>                                                | <b>20</b> |
| <b>4.4.1 Instrumentos utilizados.....</b>                                                 | <b>20</b> |
| <b>4.4.2 Análise dos dados.....</b>                                                       | <b>20</b> |
| <b>4.5 Aspectos Éticos.....</b>                                                           | <b>20</b> |
| <b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>                                                      | <b>21</b> |
| <b>5.1 Descrição da população estudada.....</b>                                           | <b>22</b> |
| <b>5.2 Descrição e análise do perfil dos medicamentos utilizados pelas gestantes.....</b> | <b>27</b> |
| <b>6 CONCLUSÃO.....</b>                                                                   | <b>38</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>                                                                   | <b>39</b> |
| <b>APÊNDICES.....</b>                                                                     | <b>46</b> |
| <b>ANEXOS.....</b>                                                                        | <b>49</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Os estudos sobre a utilização de medicamentos por gestante e seus efeitos sobre o feto passaram a ser realizados com maior frequência após a tragédia da talidomida ocorrida entre as décadas de 50 e 60. Aproximadamente 10 mil crianças que nasceram naquele período apresentaram um quadro de focomelia, bem como outras alterações congênitas, associadas à utilização deste medicamento durante a gravidez (CHETLEY, 1994; MELLIN; KATZENSTEIN, 1962). Esta catástrofe teve grande repercussão e gerou um alerta sobre a questão da segurança na utilização de fármacos por gestantes (COLLABORATIVE GROUP ON DRUG USE IN PREGNANCY, 1992).

Sabe-se que a gravidez é um período da vida feminina em que ocorrem várias mudanças físicas e emocionais, estando a gestante, portanto, sujeita a intercorrências de saúde que muitas vezes necessitam da utilização de medicamentos. Este é um problema muito relevante enfrentado pelos profissionais de saúde que atendem esta população, uma vez que a maioria dos fármacos administrados a essas usuárias tem a capacidade de atravessar a placenta e expor o feto em desenvolvimento a seus efeitos farmacológicos e/ou teratogênicos. Sendo assim, são necessários dados referentes a possíveis reações adversas que os medicamentos, seja de uso crônico ou esporádico, podem causar ao feto. Além disso, são importantes estudos que correlacionem as alterações fisiológicas das gestantes e a interferência destas na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, pois esse período é considerado uma situação única, na qual a exposição a determinado fármaco envolve dois organismos, e a resposta fetal diante da medicação pode ser diferente diante daquela observada na mãe, resultando ou não em toxicidade ao feto, que podem ser algumas vezes irreversíveis (KOREN, 2005; GOMES *et al.*, 1999; BARRON; LINDHEIMER, 1996).

Deve-se considerar então, que quando uma grávida ingere um medicamento dois organismos serão afetados, porém o feto, diferente da mãe, não tem total capacidade de metabolizar substâncias, estando, portanto, mais sujeito a efeitos negativos não esperados (FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA, 1992).

Sabe-se que a gestante necessita, muitas vezes, fazer uso de alguns medicamentos, mas são raros os experimentos para determinar a eficácia, segurança e alterações farmacocinéticas dos medicamentos nesse grupo populacional. Ocorrem, provavelmente,

alterações de características farmacocinéticas dos medicamentos no período da gestação (FUCHS; WANNMACHER, 1998). Mas segundo dados da literatura internacional, pouco se sabe sobre estas alterações (MEADOWS, 2001; BOOBIS; LEWIS, 1982). Para muitos medicamentos o potencial teratogênico é desconhecido (MENGUE *et al.*, 2001).

Neste contexto, a assistência pré-natal tem como finalidade assegurar a evolução normal da gravidez, preparar a futura mãe para o parto, puerpério e lactação, além de identificar o mais rápido possível situações de risco para a prevenção das complicações mais frequentes durante a gestação (FAÚNDES; PINOTTI; CACATTI; 1987).

É fundamental obter informações sobre os problemas causados pela utilização inadequada dos medicamentos e seus efeitos indesejáveis sobre essa população em especial. Diante disso são necessários estudos, os quais tornam-se uma ferramenta indispensável para essa avaliação.

Desta forma, as informações sobre os medicamentos são necessárias para a conscientização da população na utilização correta e para diminuir os riscos que podem ser causados pelo uso irracional destes medicamentos. Isso pode acarretar mudanças de atitude em relação ao consumo destes e uma maior segurança para o feto.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 O consumo de medicamentos pela população

Os progressos da terapêutica medicamentosa têm sido notáveis, desde o aparecimento dos primeiros anti-infecciosos na década de 1930 e 1940, tendo a terapêutica farmacológica influenciado fortemente a redução de morbidade e mortalidade ao longo do século XX. Neste período também, o medicamento deixou de ser somente um instrumento de intervenção terapêutica para converter-se em um elemento complexo – técnico e simbólico – na sociedade ocidental (ALBALADEJO; DIEZ, 2002).

Após a II Guerra Mundial, a indústria farmacêutica conheceu um período de grande expansão. Integrada aos novos mecanismos de produção e mercado que se consolidavam sob a direção dos Estados Unidos, tornou-se um dos segmentos mais lucrativos da produção industrial contemporânea (NASCIMENTO, 2005).

Os medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde/doença, levando a curas, prolongando a vida, aumentando a qualidade de vida e retardando o surgimento de complicações associadas a doenças, o que facilita o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade (PEPE; CASTRO, 2000).

A utilização dos medicamentos é influenciada pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, pelo perfil de morbidade, pelas características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor (ARRAIS, 2009; ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004; LOYOLA *et al.*, 2002).

Apesar de trazerem benefícios à saúde, os medicamentos se utilizados inadequadamente, podem aumentar os custos da atenção à saúde e/ou levar à ocorrência de reações adversas a medicamentos (PEPE; CASTRO, 2000).

Os riscos associados à terapêutica podem ser minimizados pelo investimento na qualidade da prescrição e dispensação de medicamentos; já que esta simboliza importante dimensão do processo terapêutico, a integração entre prescritores e dispensadores permite, através da combinação de conhecimentos especializados e complementares, o alcance de resultados eficientes, beneficiando o paciente (PEPE; CASTRO, 2000).

### 2.1.1 A automedicação e seus riscos

A automedicação é um fenômeno freqüente nos auto-cuidados em saúde há tempo muito utilizado e cuja ocorrência e distribuição estão, naturalmente, relacionados com a organização do sistema de saúde de cada país (MENDES *et al.*, 2004).

A transformação de drogas em bens de consumo, muitas vezes com pouco ou nenhum controle pelas autoridades de saúde, tem vindo a gerar uma sociedade medicalizada em que cerca de 30% de todas as internações estão relacionados ao uso de drogas, e coloca os seus custos entre as 5 principais causas de morbidade no mundo desenvolvido (CHAVÉZ, 1994).

Um artigo publicado no British Medical Journal por Blenkinsopp e Bradley (1996), revelou que 9 em cada 10 indivíduos tiveram nas duas semanas anteriores ao estudo um problema de saúde, sendo que 3 em cada 4 indivíduos recorreram à automedicação. Os grupos terapêuticos mais utilizados foram os analgésicos (16,7%), as preparações dermatológicas (11,3%), os medicamentos para a constipação e tosse (12,8%), as preparações para a orofaringe (5,7%) e os medicamentos utilizados em perturbações digestivas (5,8%).

Já em estudo realizado em Lisboa, em que foram entrevistadas 4.135 pessoas a prevalência global da automedicação encontrada foi de 26,2%, além disso, 27,6% dos indivíduos referiram recorrer ao farmacêutico. Os homens apresentaram maior prevalência de automedicação, 28,4%, em relação às mulheres, 25,2%. Tal fato não é muito usual em outros estudos realizados na Europa. Apenas foi encontrado resultado semelhante em um estudo realizado no Brasil por Castro *et al.* (2000) (MENDES *et al.*, 2004).

No contexto do sistema de saúde brasileiro, no qual as demandas por atenção não são plenamente atendidas, a farmácia comunitária, que inclui estabelecimentos públicos e privados de fornecimento de medicamentos, ocupa lugar privilegiado como estabelecimento de saúde mais acessível à população e representa um importante local de busca por atendimento primário de saúde (WHO, 1997).

Nas farmácias brasileiras, a automedicação e a indicação terapêutica são práticas comuns, mesmo em caso de doenças que necessitam de exames clínicos e laboratoriais para o seu diagnóstico (NAVES, 2006; GIR *et al.*, 2003; LOYOLA *et al.*, 2002).

Essas práticas feitas de maneira inadequada, tal como a prescrição errônea, podem ter como consequência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema a ser prevenido (ARRAIS *et al.*, 1997).

Em uma sociedade, os hábitos de consumo de medicamentos podem ser afetados positivamente pelas políticas nacionais quando promovem a regulamentação do suprimento e a disponibilização racional de medicamentos essenciais, pressupondo o acesso ao diagnóstico e prescrição por profissionais habilitados. Por outro lado, o consumo pode ser influenciado negativamente pelo acesso sem barreiras e pela promoção e publicidade de medicamentos, que muitas vezes estimulam a utilização desnecessária e irracional.

No contexto de um sistema de saúde muitas vezes insatisfatório, não são percebidos os aspectos contextuais das enfermidades ou seus determinantes e os medicamentos assumem um papel central como ferramenta de resolução do problema.

Os governos precisam conhecer as razões e as formas de uso irracional de medicamentos; é necessário ter informações específicas para verificar a magnitude desse problema, identificar estratégias e monitorar o impacto das possíveis intervenções (HARDON; HODGKIN; FRESLE, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propõe que, para o uso racional de medicamentos, é preciso, em primeiro lugar, estabelecer a necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível (WHO, 1987).

Todavia, o que tem sido observado no Brasil se contrapõe à proposta da OMS. Entretanto, se o brasileiro tende a se automedicar, é também porque não encontra disponibilidade dos serviços de saúde mais acessíveis. O baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos, sem pagamento de consulta e sem receita médica em qualquer farmácia, onde, não raro, se encontra o estímulo do balconista interessado em ganhar uma comissão pela venda (BARROS, 1997).

Soma-se a todos esses fatores, a propaganda de medicamentos (inclusive pela internet), que tem sido um estímulo freqüente para o uso inadequado dos mesmos, sobretudo, porque tende a ressaltar os benefícios e omitir ou minimizar os riscos e os possíveis efeitos adversos, dando a impressão, especialmente ao público leigo, que são produtos inócuos, influenciando-os a consumir como qualquer outra mercadoria (AQUINO, 2008).

A proposta de alívio imediato do sofrimento, como em um passe de mágica, é um apelo atraente, mas tem seu preço. Este preço nem sempre se restringe ao desembolso financeiro e pode ser descontado na própria saúde. Portanto, faz-se necessário que a sociedade se conscientize e entenda que o mesmo medicamento que cura, pode matar ou deixar danos irreversíveis.

Desta forma, de uma maneira geral, as soluções propostas para reverter ou minimizar este quadro devem passar pela educação e informação da população, maior controle na venda com e sem prescrição médica, melhor acesso aos serviços de saúde, adoção de critérios éticos para a promoção de medicamentos, retirada do mercado de numerosas especialidades farmacêuticas carentes de eficácia ou de segurança e incentivo à adoção de terapêuticas não medicamentosas (NASCIMENTO, 2003); tudo isso a fim de diminuirmos os riscos e perigos causados pela automedicação.

## **2.2 Uso de medicamentos na gestação**

Após os fatos relacionados à talidomida, a utilização de medicamentos por gestantes e as conseqüências sobre as futuras crianças passou a ser objeto de grande preocupação. Segundo a literatura consultada, cerca de dez mil crianças recém nascidas naquele período apresentaram focomelia (até então, má-formação rara) (CHETLEY, 1994; MELLIN, KATZENSTEIN, 1962). O medicamento usado tratava-se de um sedativo, utilizado no tratamento de náuseas e vômitos na gravidez, colocado no mercado mundial em 1956 e considerado pela indústria responsável por sua produção um medicamento pouco tóxico. Na verdade, foi propagandeado como sendo um medicamento ideal, com eficácia e segurança respaldadas por estudos em animais e testes clínicos (BOOBIS; LEWIS, 1982).

Esse evento teve importante repercussão internacional, constituindo um alerta sobre a questão da segurança na utilização de novos fármacos, a importância de normas mais rigorosas

em estudos clínicos antes da liberação de medicamentos para o consumo e a necessidade de criação de sistemas de farmacovigilância. Especificamente em relação à gravidez, provocou decisivas mudanças nas atitudes e práticas relativas à prescrição, ao levantar a hipótese de que outros medicamentos comercializados, assim como a talidomida, pudessem ser teratogênicos sem serem reconhecidos como tal (CARMO, 2004).

A ação de um agente teratogênico sobre o embrião (até a oitava semana de gravidez) ou feto (a partir da oitava semana de gravidez até o nascimento) em desenvolvimento depende de diversos fatores, como: o estágio de desenvolvimento do conceito, relação entre dose e efeito; genótipo materno fetal e mecanismo específico de cada agente (GIUGLIANI; SANSEVERINO; SCHÜLER-FACCINI, 2004).

Qualquer medicamento ou substância química administrada à mãe está apto a cruzar a placenta em alguma extensão, a menos que seja destruída ou alterada durante a passagem e o seu peso molecular ou baixa lipossolubilidade limitem a transferência placentária. O transporte placentário de substratos maternos para o feto e de substâncias do feto para a mãe é estabelecido aproximadamente na quinta semana de vida fetal. Substâncias de baixo peso molecular se difundem livremente através da placenta, conduzidas primeiramente pelo gradiente de concentração. É importante notar que quase toda substância usada para fins terapêuticos pode passar da mãe para o feto. De maior importância é saber se a taxa e a extensão da transferência são suficientes para resultar em concentrações significantes para o feto (BRIGGS; FREEMAN; YAFFE, 2002).

Ressalta-se que não há como privar gestantes e crianças dos riscos inerentes à terapia medicamentosa, já que nenhum medicamento é isento totalmente de riscos, a não ser pela suspensão total do uso de fármacos, o que seria inadequado (CASTRO, 1997).

Deve-se considerar, entretanto, que crianças e gestantes são grupos de alto risco terapêutico porque os ensaios clínicos exigidos para a comercialização de medicamentos novos são feitos em grupos selecionados de pacientes, (GOMES *et al.*, 1999) e, por razões morais e éticas, não envolvem gestantes, crianças e idosos. Dessa forma, considera-se que, para a maioria dos fármacos, não existem dados científicos sobre o verdadeiro risco associado ao seu uso durante a gravidez. Ou seja, para a maioria dos medicamentos, o potencial teratogênico é desconhecido (CARMO, 2004).

Quanto à sua teratogenicidade, um agente pode ser considerado teratogênico quando produz uma alteração, maior ou menor, na morfologia e/ou fisiologia normais do feto ao ser administrado durante o desenvolvimento embriológico ou fetal (CARMO, 2004).

Foi criada uma categorização dos medicamentos pela Food and Drug Administration (FDA) com a finalidade de determinar os risco que estes podem causar ao feto durante a gravidez. A descrição de cada uma dessas categorias encontra-se abaixo (LACY; ARMATRONG; GOLDMAN, 2010-2011):

**Categoria de risco A:** os estudos realizados em humanos não demonstram efeito sobre o feto no primeiro trimestre nem evidências de risco nos demais trimestres e a possibilidade de dano fetal parece remota.

**Categoria de risco B:** estudos em reprodução animal não demonstram risco para o feto, mas não há nenhum estudo adequado em mulheres grávidas, ou os estudos em reprodução animal mostraram um efeito adverso que não foi confirmado em estudos com mulheres no primeiro trimestre da gestação, e não há nenhuma evidência do risco nos trimestres seguintes.

**Categoria de risco C:** estudos em reprodução animal demonstram efeito adverso no feto. Não há estudos adequados em seres humanos ou não estão disponíveis. O fármaco pode ser utilizado na eventualidade de os benefícios serem superiores ao risco.

**Categoria de risco D:** há evidências de risco para o feto humano baseado em reação adversa observada em experiências, após a comercialização ou estudos em humanos. O fármaco pode ser utilizado se os benefícios forem maiores, em caso de risco de vida, doença grave ou na impossibilidade do uso de outros fármacos.

**Categoria de risco X:** os estudos em animais ou em seres humanos demonstraram anormalidade (s) fetal (is) ou há evidência do risco para o feto humano baseada em reação adversa em experiência humana ou após comercialização, e o risco de utilização do fármaco em gestantes só compensa se o benefício for maior que os riscos. A droga é contra indicada em mulheres que estão ou podem se tornar grávidas.

Essas alterações, principalmente as más-formações congênitas, têm maior risco de acontecer quando o medicamento com potencial teratogênico é utilizado no primeiro trimestre de gravidez (período de diferenciação embriológica). Nos outros períodos da gravidez, podem ocorrer danos fetais decorrentes de alterações na fisiologia materna provocadas por medicamentos, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferência no desenvolvimento fetal. Por

exemplo, pode-se citar, alguns antiinflamatórios não esteroidais (ibuprofeno, naproxeno e fenoprofeno) que não devem ser utilizados no terceiro trimestre da gravidez, pois o seu uso nessa fase está associado ao fechamento prematuro do canal arterial e a consequente hipertensão pulmonar no feto ou neonato (FUCHS; WANNMACHER, 1998).

Ressalta-se que, na gestação, os medicamentos só devem ser utilizados quando houver um benefício muito claro para a mãe e o produto estiver sendo comercializado há um tempo suficiente para ser considerado seguro em relação ao aparecimento de efeitos adversos na população exposta (PIPER; BAUM; KENNEDY, 1987). De modo categórico, a Unicef (1992) recomenda que, na ausência de dados sobre a utilização de um medicamento específico na gravidez, ele não deve ser receitado, de forma alguma, a gestantes. Portanto, é muito importante alertar as gestantes sobre os perigos da automedicação, já que elas não têm conhecimentos dos reais riscos que os medicamentos podem causar ao feto durante todo o período gestacional.

Apesar de todos os riscos descritos, o quadro que se apresenta atualmente é o da medicalização da gestante. Em estudo retrospectivo realizado em 18.886 mulheres entre 15 e 44 anos, de baixo poder aquisitivo e residentes em zonas urbanas, usuárias do serviço de saúde *Medicaid*, de Michigan, no período de 1981 a 1983, observou que, apesar de o consumo de medicamentos ter caído durante a gravidez, quando comparado com o período pré-gravidez (três meses antes), cerca de 80% das mulheres receberam pelo menos um medicamento durante o pré-natal (excluindo-se desse percentual àquelas que só receberam vitaminas). Segundo os autores, os medicamentos mais utilizados foram vitaminas, antiinfeciosos, para pele e mucosas e analgésicos, em uma média de 3,9 medicamentos/mulher (sendo que, quanto maior a idade, maior o número de medicamentos utilizados). Entre os resultados encontrados, o que mais preocupou os autores foi a constatação de que houve consumo de medicamentos conhecidamente contraindicados para gestantes, como tetraciclina e contraceptivos orais (PIPER; BAUM; KENNEDY, 1987).

Em outra pesquisa em que se investigou o uso de medicamentos prescritos, uso de medicamentos sem receita médica (OTC) e ervas medicinais em uma população obstétrica rural dos Estados Unidos, foi constatado que, excluindo formulações pré-natais e prescrições de ferro, aproximadamente 60% das gestantes utilizaram algum medicamento prescrito durante a gestação, enquanto que 93% se automedicou com OTC e 45% usou ervas medicinais (GLOVER *et al.*, 2003). Esses dados demonstram que a utilização de medicamentos pelas futuras mães, é, em

geral, elevada, com ou sem prescrição médica ou aconselhamento de profissional da saúde, o que muitas vezes pode ser prejudicial tanto para o bebê quanto para a mãe.

No Brasil, estudos revisados demonstram prevalências elevadas de utilização de medicamentos na gestação, variando de 82,9% a 97,6%, sendo as classes terapêuticas mais consumidas a de vitaminas e de analgésicos (OSÓRIO-DE-CASTRO *et al.*, 2004; FONSECA; FONSECA E.; BERGSTEN-MENDES, 2002; MENGUE *et al.*, 2001; GOMES *et al.*, 1999).

Através de pesquisa feita na base de dados Scielo utilizando as palavras-chave “uso de medicamentos” e “gestação” observou-se resultado de 14 estudos publicados no Brasil no período de 2008 a 2012, ou seja, ainda há lacunas sobre a discussão desse assunto. Apesar de alguns estudos já terem sido realizados no Brasil, pode-se afirmar que ainda existe uma carência de levantamentos farmacoepidemiológicos referentes à utilização de medicamentos durante a gestação, bem como pesquisas sobre os tratamentos prescritos no período pré-natal, pré-parto e pós-parto (OSÓRIO-DE-CASTRO *et al.*, 2004).

Segundo a revisão na literatura, pode-se afirmar que a utilização de medicamentos no período gestacional é elevada, independente se este foi prescrito ou não. Este problema torna-se mais preocupante devido aos escassos conhecimentos sobre o real efeito dos medicamentos junto ao feto. Sendo assim, diante das informações expostas anteriormente, torna-se evidente a necessidade da realização de estudos mais específicos que avaliem, não apenas os medicamentos utilizados na gestação, mas discutam os riscos que os mesmos representam para o binômio mãe-feto, tornando a utilização dos fármacos mais segura para as gestantes e seus filhos.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo Geral**

Conhecer o perfil de utilização de medicamentos por gestantes que são atendidas em uma maternidade pública do município de Fortaleza-CE.

#### **3.2 Objetivos Específicos**

Descrever o perfil sócio-demográfico das gestantes entrevistadas.

Identificar os medicamentos mais utilizados por esta população.

Classificar os medicamentos utilizados em prescritos ou não prescritos.

Classificar os medicamentos segundo os critérios de segurança de fármacos adotados pelo FDA (Food and Drug Administration) durante a gravidez e segundo a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de estudo**

Tratou-se de um estudo observacional, transversal e prospectivo com a avaliação do perfil de utilização de medicamentos por gestantes através da aplicação de um questionário antes ou após as consultas de pré-natal.

### **4.2 Local de estudo**

O estudo foi desenvolvido durante o período de março a abril de 2012, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand - MEAC, no município de Fortaleza, Ceará, que localiza-se à Rua Coronel Nunes de Melo, S/N, Rodolfo Teófilo. A MEAC é órgão de administração pública federal, vinculada à Universidade Federal do Ceará, que atende pacientes de todo o estado do Ceará.

### **4.3 Características da população em estudo**

A amostra foi obtida de forma que se conseguisse um número representativo da população atendida na instituição. A MEAC realizou no ano de 2011 cerca de 1.021 consultas em obstetrícia por mês, abrangendo consultas de pré-natal de baixo risco, adolescente ou de alto risco. Portanto optou-se por entrevistar 20% dessas gestantes, o que totalizou 204 entrevistas.

**Critério de inclusão:** Pacientes gestantes que tinham consulta médica de pré-natal no período do estudo e que concordaram em responder o questionário estruturado (APÊNDICE A), através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B).

## **4.4 Coleta e Análise dos dados**

### **4.4.1 Instrumento utilizado**

Questionário elaborado para a realização das entrevistas com as gestantes antes ou após as consultas de pré-natal e que constava de 28 questões, dividido em quatro domínios:

- a) características sócio-econômico-demográficas;
- b) dados gerais sobre a (s) gestação (ões);
- c) estado geral de saúde e utilização de medicamentos;
- d) busca de orientações sobre medicamentos.

### **4.4.2 Análise dos dados**

Os dados para análise quantitativa foram armazenados e analisados através do programa estatístico Epi Info versão Windows 3.5.1. Os dados foram digitados em planilhas do programa Excel (Microsoft versão 2003, Estados Unidos).

## **4.5 Aspectos éticos**

- O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foi assinado pela paciente, e se menor de 18 anos assinado também pelo responsável, consentindo sua participação na pesquisa.
- O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand – CEP/MEAC sob protocolo nº 106/11, sendo garantido o total anonimato das pacientes que participaram da pesquisa (ANEXO A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A amostra deste estudo, obtida de forma aleatória, foi composta por 204 gestantes que estavam realizando o pré-natal no período das entrevistas, entre março e abril de 2012. As pacientes freqüentavam as consultas de acordo a classificação feita pela MEAC, ou seja, aquelas que possuíam algum tipo de problema que acarretaria riscos à sua saúde ou de à seu bebê eram atendidas no grupo chamado RISCO, enquanto aquelas que não sofriam nenhum tipo de risco poderiam ser atendidas no grupo chamado NORMAL ou, se até 18 anos, no grupo das ADOLESCENTES (TABELA 1). A maioria da população atendida correspondia às que residiam na capital do Ceará, 93,1% (n= 190).

Este foi um estudo que apresentou um viés recordatório, pois já que não foram analisados prontuários médicos, as respostas do questionário dependiam das lembranças das pacientes sobre o decorrer da atual gravidez, como principalmente, dos medicamentos que vinham sendo utilizados durante esse período. Além disso, todas as entrevistas foram realizadas na sala de espera dos ambulatórios da MEAC, fora de um ambiente privativo.

Tabela 1- Classificação do tipo de atendimento de pré-natal quanto aos grupos de risco, normal e adolescentes, realizado na Maternidade Escola Assis Chateaubriand.

| <b>Tipo de atendimento</b> | <b>Frequência (n=204)</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|----------------------------|---------------------------|------------------------|
| <b>Risco</b>               | 106                       | 52,0%                  |
| <b>Adolescentes</b>        | 41                        | 20,1%                  |
| <b>Normal</b>              | 57                        | 27,9%                  |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012

O atendimento das gestantes do grupo de RISCO era realizado todos os dias nos períodos da manhã e da tarde, enquanto que as gestantes das consultas de pré-natal NORMAL só dispunham do período da tarde para atendimento. Apenas às quintas-feiras é que as ADOLESCENTES obtinham consulta, durante um dos dois períodos do dia.

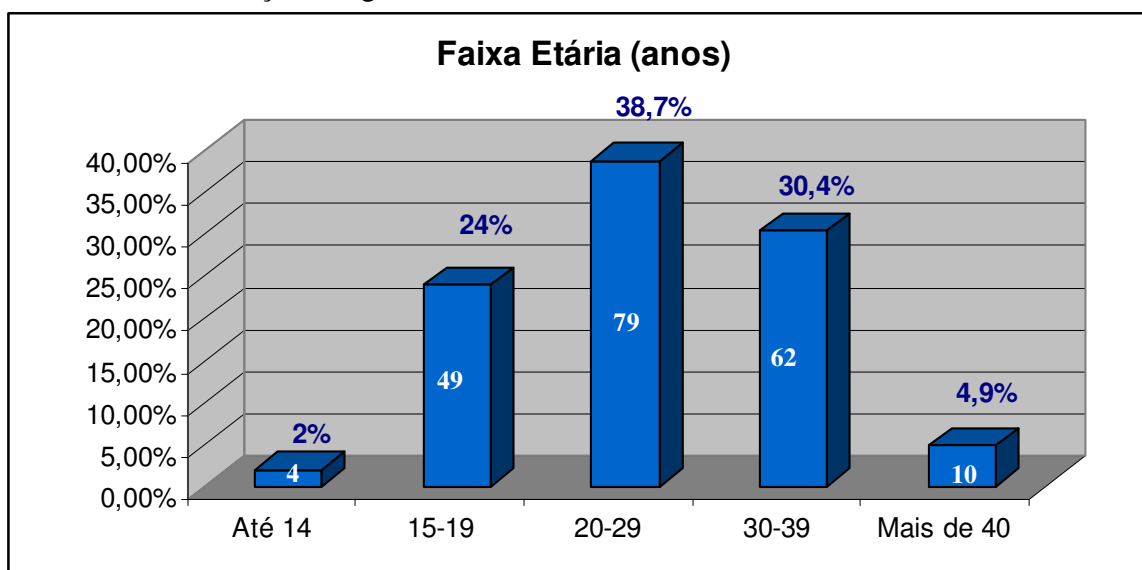
Um outro viés que pode ser atribuído à esse estudo é o fato de que o atendimento do grupo risco acontece todo dia durante os dois períodos (manhã e tarde), o que pode ter levado ao maior número de gestantes desse estudo estarem inseridas em tal grupo.

### 5.1 Descrição da população estudada

A distribuição das gestantes entrevistadas de acordo com a faixa etária pode ser observada no Gráfico 1.

A idade mínima encontrada nesta pesquisa foi 13 anos e a máxima 47 anos. A idade da maioria das gestantes variava entre 20 e 29 anos (38,7%). Dados semelhantes foram encontrados por alguns autores, Fontoura (2009) em seu estudo observou que a idade variava entre 13 e 48 anos, com média de 24,9 anos e que 59,8% das gestantes tinham entre 20-29 anos. Dados mais atuais de Brum *et al.* (2011), mostram que 56% tinham até 25 anos de idade, com uma variação de idade entre 13 e 39 anos.

Gráfico 1- Distribuição das gestantes de acordo com a faixa etária.



Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

A literatura traz como período ideal para procriação, a faixa de idade entre 20 e 34 anos (SANTOS *et al.*, 2009).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (1977) a adolescência é o período compreendido entre 10 e 19 anos, e caracteriza-se por intenso crescimento e desenvolvimento, que se manifestam por marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, mentais e sociais.

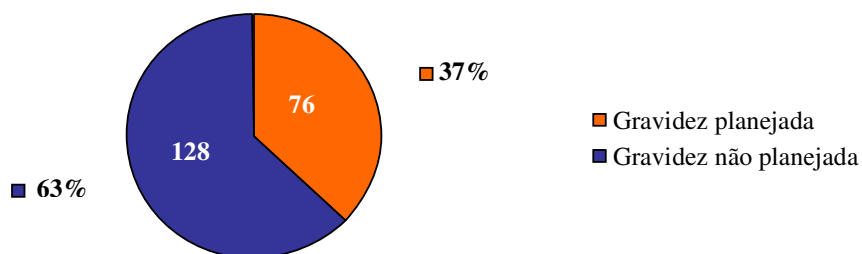
Entre as pacientes do presente estudo, 24% (n= 49) estavam na faixa entre 15 e 19 anos e 2% (n= 4) tinham até 14 anos, mostrando um alto índice de gravidez durante a

adolescência, fato preocupante já que as complicações relacionadas à gravidez e ao parto estão entre as principais causas de morte de adolescentes no período de 15 a 19 anos de idade, em todas as cercanias do mundo (UNICEF, 2011). Estudo realizado no Maranhão, por Martins *et al.* (2011), revelou que a prevalência de adolescentes grávidas foi de 25,4%. Valores mais altos, 27,2%, foram encontrados por Amorim *et al.* (2009), em estudo na Paraíba. Provavelmente esses dados semelhantes se repetem por essas regiões terem características sócio-econômicas parecidas, com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, baixo nível econômico e baixa escolaridade das adolescentes. No presente estudo 44,1% (n= 90) das gestantes possuíam renda familiar de um salário mínimo. As taxas de gestação na adolescência nestas regiões são consideradas muito altas quando comparadas com as de países desenvolvidos, como os Estados Unidos, em que a proporção de gravidez em mulheres de 10 a 19 anos foi de 4,1%, em 2001, apresentando redução de 24% desde 1990 (CHALEM *et al.*, 2007).

O aumento na incidência da gravidez nos extremos da vida reprodutiva, ou seja, não só antes dos 20 anos de idade, mas também após os 35 anos é uma realidade que está ocorrendo (SANTOS *et al.*, 2009). O fenômeno gravidez na adolescência é considerado em alguns países, sobretudo nos países em desenvolvimento, um problema de saúde pública importante, com suas implicações socioeconômicas e biológicas (DIAZ; SANHUEZA; YAKSIC, 2002), enquanto que a gestação em idade avançada tem-se tornado cada vez mais frequente devido aos avanços na reprodução assistida, ao casamento adiado, às taxas aumentadas de divórcios seguidos de novas uniões e à inserção da mulher no mercado de trabalho (CLEARY-GOLDMAN *et al.*, 2005). Entretanto alguns trabalhos sugerem que mulheres com 35 anos ou mais geralmente estão suscetíveis a risco aumentado de resultados perinatais adversos e morbimortalidade materna devido à fatores biológicos relacionados à idade (AZEVEDO *et al.*, 2002) (JOLLY *et al.*, 2000) (ZIADEH, 2002).

Analisando o planejamento da gravidez, através do Gráfico 2, observa-se que 63% (n=128) das gestantes definiu a gravidez como não planejada. Resultado semelhante foi encontrado por Coelho *et al.* (2012) no qual um percentual de 66,5 % das 191 gestantes entrevistadas fizeram relato semelhante.

Gráfico 2- Distribuição das gestantes segundo planejamento da gravidez



Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

Em estudo realizado por Ciantelli *et al.* (2012) sobre o planejamento da gravidez, desejo de engravidar e de se imaginar grávida, a maioria das respostas teve como tema recorrente a negação. Conforme a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, dos nascimentos ocorridos nos primeiros 5 anos da década anterior, 45,8% não foram planejados para aquele momento, havendo maiores dificuldades em planejar a fecundidade entre mulheres com menor escolaridade, negras e residentes em regiões menos favorecidas do País (BRASIL, 2009a).

No Brasil, observa-se a falta de informação e de educação das mulheres a respeito da fisiologia do próprio corpo humano. Algumas mulheres, por terem esse acesso restrito, ignoram a possibilidade de realização do planejamento familiar. Conforme pesquisa IBOPE publicada em 2007, 28% das mulheres que já tiveram filhos declararam não terem planejado tais concepções (CIANTELLI *et al.*, 2012).

Entretanto, apesar de mulheres providas de informações terem condições de escolher a maternidade como opção, ainda há relatos de gravidezes não planejadas por parte dessas, o que pode provir de decorrente descuido, omissão ou inabilidade no uso de contraceptivos. (SCHOR; LOPEZ, 1990).

Ao analisar o nível de escolaridade entre as entrevistadas, o mais freqüente foi o ensino fundamental incompleto com 35,7% (n = 73), seguido por ensino médio completo com 34,3% (n= 70). Os demais níveis de escolaridade podem ser observados na Tabela 2. Em estudo feito na Bahia, também região Nordeste, entre as 191 gestantes, a última série concluída variou equitativamente entre o fundamental incompleto (34%) a médio completo (31%) (COELHO *et al.*, 2012).

Tabela 2- Relação entre a faixa etária e o nível de escolaridade das gestantes entrevistadas

| Faixa etária (anos) | ANALFABETA | EFI*  | EFC* | EMI*  | EMC*  | ESI* | ESC* |
|---------------------|------------|-------|------|-------|-------|------|------|
| <b>Até 14</b>       | 0          | 4     | 0    | 0     | 0     | 0    | 0    |
| <b>15-19</b>        | 1          | 26    | 2    | 15    | 5     | 0    | 0    |
| <b>20-29</b>        | 0          | 20    | 2    | 12    | 36    | 2    | 7    |
| <b>30-39</b>        | 0          | 19    | 0    | 9     | 26    | 4    | 4    |
| <b>Mais de 40</b>   | 1          | 4     | 0    | 1     | 3     | 1    | 0    |
| <b>Total</b>        | 2          | 73    | 4    | 37    | 70    | 7    | 11   |
| <b>Percentual</b>   | 0,9%       | 35,7% | 2,0% | 18,1% | 34,5% | 3,4% | 5,4% |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

\*Legenda: EFI – Ensino Fundamental Incompleto; EFC – Ensino Fundamental Completo; EMI – Ensino Médio Incompleto; EMC – Ensino Médio Completo; ESI – Ensino Superior Incompleto; ESC – Ensino Superior Completo.

A educação dá acesso à determinada ocupação e à níveis diferentes de renda, portanto a escolaridade pode ser vista como causa ou consequência do nível de renda familiar (GOMES *et al.*, 1999). Logo, para uma população caracterizada por baixa escolaridade é condizente a renda familiar mensal de um salário mínimo, o que foi observado neste estudo; quase metade das entrevistadas, 44,1% (n= 90), vivia com este valor mensalmente.

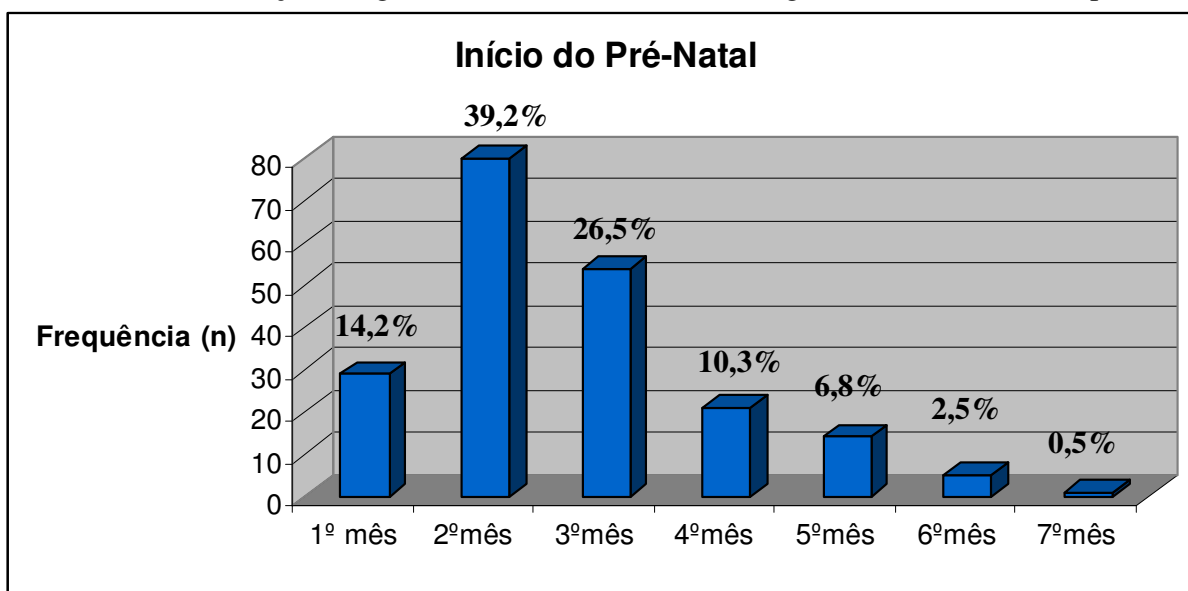
De acordo com HEILBORN *et al.* (2007) a maior frequência de gravidez na adolescência em jovens com menor escolaridade e menor nível de renda pode ser explicado pelas dificuldades de acesso aos métodos contraceptivos e às poucas informações sobre sexualidade e reprodução que acompanham esse grupo populacional no Brasil.

Quando analisada a idade gestacional no momento de início do pré-natal, observou-se que para a maioria das entrevistadas, 79,9% (n= 163), a primeira consulta foi realizada durante o primeiro trimestre de gravidez, principalmente no 2º mês (39,2%, n= 80), porém algumas só tiveram sua primeira consulta de pré-natal após o primeiro trimestre (GRÁFICO 3), o que pode ser visto de forma negativa.

Estudo de Brum *et al.* (2011), revela que 80% das participantes iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, 15% no segundo trimestre e 5% no terceiro trimestre. Este resultado difere, principalmente, do presente estudo no que se refere ao início do pré-natal a partir do terceiro trimestre de gravidez, pois no presente estudo encontrou-se um percentual bem menor, apenas 0,5%, o que pode ser interpretado de maneira positiva, já que quanto mais cedo forem as consultas a qualidade de pré-natal será melhor na sua totalidade e a adesão se fará

refletir em um número maior de consultas durante todo o período gestacional (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007a).

Gráfico 3 - Distribuição das gestantes de acordo com a idade gestacional no início do pré-natal



Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

A captação precoce das grávidas no pré-natal é um fator de extrema importância para a saúde das mulheres e de recém-nascidos, pois possibilita a identificação antecipada de gestações de risco, bem como as intervenções necessárias e o acompanhamento de problemas já existentes. O início tardio e a realização de menor número de consultas podem comprometer um dos principais trabalhos desenvolvidos durante o pré-natal que é a promoção da saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Algumas pacientes relataram que só poderiam realizar as consultas na MEAC caso levassem um encaminhamento do médico ou enfermeiro do Centro de Saúde da Família o qual frequentavam. Entretanto, no período anterior às entrevistas alguns desses Centros de Saúde se encontravam em greve, e as gestantes tinham dificuldade de conseguir o encaminhamento necessário ao atendimento, sendo esse um dos fatores que chegou a retardar o início de algumas consultas.

## 5.2 Descrição e análise do perfil dos medicamentos utilizados pelas gestantes

Mesmo mediante tantas recomendações de uma atitude cautelosa na utilização de medicamentos durante a gravidez, tem-se observado, na prática, uma demasiada prescrição e o uso crescente da automedicação neste período. Mais importante que racionalizar a utilização de medicamentos durante a gestação, é avaliar adequadamente a relação risco-benefício, conhecer as informações sobre os efeitos dos fármacos a serem utilizados e, acima de tudo, promover o uso racional de medicamentos e a conscientização da mulher sobre o risco potencial da utilização inadvertida de medicamentos durante a gravidez. (OLIVEIRA; FONSECA 2007).

Neste estudo, a fim de conhecer os medicamentos utilizados, foram feitas perguntas sobre a presença de problemas de saúde, quer fosse na gestante ou no feto, uso de medicamentos de forma contínua que estivessem relacionados ao(s) possível(is) problema(s) de saúde, uso de medicamentos durante o período da atual gravidez e a(s) finalidade(s) dos mesmos. Como o estudo foi transversal, as perguntas sobre os medicamentos utilizados eram em relação ao começo da gravidez até a data da entrevista.

Ao serem questionadas sobre a existência de problemas de saúde, 49,5% (n= 101) disseram que não possuíam nenhum tipo de problema, enquanto que 50,5% (n= 103) responderam de forma afirmativa, entretanto, algumas gestantes afirmaram que possuíam mais de uma comorbidade. Foram contabilizados 138 problemas de saúde, sendo que muitos se repetiam em diferentes gestantes. Esses problemas poderiam ter sido adquiridos durante a gravidez ou serem preexistentes. Tais problemas foram mais frequentes nas gestantes que eram atendidas no chamado grupo de risco, 88,4% (n= 91), como pode ser observado na Tabela 3.

Tabela 3 - Frequência de problemas de saúde relatados pelas entrevistadas de acordo com o tipo de atendimento e inserção nos grupos de risco, adolescentes e normal.

| <b>Tipo de atendimento</b> | <b>Frequência (n= 103)</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|----------------------------|----------------------------|------------------------|
| <b>Risco</b>               | 91                         | 88,4%                  |
| <b>Adolescentes</b>        | 6                          | 5,8%                   |
| <b>Normal</b>              | 6                          | 5,8%                   |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

Dentre os problemas de saúde, o mais freqüente, foi a hipertensão arterial sistêmica (HAS), aparecendo em 41 gestantes (29,7%). A Tabela 4 lista os principais problemas de saúde relatados.

Tabela 4 - Frequência dos problemas de saúde mais relatados pelas entrevistadas

| <b>Problemas de saúde</b>            | <b>Nº de gestantes</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------|
| <b>HAS</b>                           | 41                     | 29,7%                  |
| <b>Diabetes</b>                      | 15                     | 11,0%                  |
| <b>Cardiopatias</b>                  | 6                      | 4,3%                   |
| <b>Distúrbios neuropsiquiátricos</b> | 6                      | 4,3%                   |
| <b>Outros</b>                        | 70                     | 50,7%                  |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012

Das 103 gestantes que relataram problemas de saúde apenas 51,4% (n= 53), ou seja, pouco mais da metade, faziam uso de medicamentos de forma contínua. Foi observado que algumas entrevistadas usavam mais de um medicamento do mesmo grupo farmacológico e/ou mais de um grupo farmacológico, neste último caso quando apresentavam mais de uma comorbidade.

O número de pessoas com algum tipo de problema de saúde é maior que o número do que pessoas que utilizam medicamentos para tais problemas. Isso acontece pelo fato de que algumas patologias eram controladas sem o uso de medicamentos. Algumas hipertensas e diabéticas relataram não estar fazendo uso de medicamentos devido a orientação médica de obter controle dos níveis pressóricos e glicêmicos através de alimentação balanceada e exercícios físicos. Para àquelas que precisavam fazer uso de anti-hipertensivos, a metildopa era o fármaco de escolha. Dentre as cardiopatas, quatro referiram não tomar nenhum medicamento. Em relação aos medicamentos de uso contínuo para distúrbios neuropsiquiátricos, que atuam no sistema nervoso central, somente uma paciente com esse tipo de problema relatou não fazer uso dos medicamentos que necessitava e uma que relatou fazer pausa no uso, porém esta tomou até o primeiro mês de gestação (TABELA 5).

Dentre os medicamentos de uso contínuo identificados, os que apresentam maior risco são os da categoria D do FDA, em que estudos mostram evidências de risco para o feto humano, porém o fármaco pode ser utilizado se os benefícios forem maiores, em caso de risco de vida,

doença grave ou na impossibilidade do uso de outros fármacos (LACY; ARMATRONG; GOLDMAN, 2010-2011) (TABELA 5). Portanto fica a critério do médico fazer determinadas intervenções como prosseguir com o uso, fazer uma pausa ou troca de medicamentos.

Tabela 5 - Medicamentos de uso contínuo de acordo com os grupos farmacológicos e as categorias de risco definidas pelo Food and Drugs Administration (FDA). (Continua)

| Grupo Farmacológico                                                      | Categoria de risco | Medicamento                              | Freq. de uso (n) | %     |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------|------------------------------------------|------------------|-------|
| <b>Medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular</b>             |                    |                                          |                  |       |
| <b>1) Anti-hipertensivos</b>                                             |                    |                                          |                  |       |
|                                                                          | B                  | Metildopa                                | 23               | 43,4% |
|                                                                          |                    | Hidroclorotiazida                        | 2                | 3,8%  |
|                                                                          | C                  | Propranolol                              | 2                | 3,8%  |
|                                                                          | D                  | Captopril                                | 4                | 7,5%  |
|                                                                          |                    | Ácido Acetilsalicílico                   | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | NC*                | Não identificado                         | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | -                  | Não usou medicamento com essa finalidade | 17               | 34%   |
| <b>2) Medicamentos utilizados em cardiopatias</b>                        |                    |                                          |                  |       |
|                                                                          | C                  | Propranolol                              | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | D                  | Atenolol                                 | 1                | 1,9%  |
|                                                                          |                    | Enalapril                                | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | ED*                | Benzilpenicilina benzatina               | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | NC*                | Anticoagulante não identificado          | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | -                  | Não usou medicamento com essa finalidade | 4                | 8% %  |
| <b>Medicamentos que atuam sobre o sistema endócrino (antidiabéticos)</b> |                    |                                          |                  |       |
|                                                                          | B                  | Insulina (Regular e NPH)                 | 3                | 5,7%  |
|                                                                          |                    | Metformina                               | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | -                  | Não usou medicamento com essa finalidade | 11               | 22%   |
| <b>Medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso central</b>            |                    |                                          |                  |       |
|                                                                          | B                  | Alprazolam                               | 1                | 1,9%  |
|                                                                          | C                  | Risperidona                              | 1                | 1,9%  |

Tabela 5 - Medicamentos de uso contínuo de acordo com os grupos farmacológicos e as categorias de risco definidas pelo Food and Drugs Administration (FDA). (Conclusão)

| Grupo Farmacológico | Categoria de risco | Medicamento                                     | Freq. de uso (n) | %    |
|---------------------|--------------------|-------------------------------------------------|------------------|------|
|                     | <b>D</b>           | <b>Fenobarbital</b>                             | 2                | 3,8% |
|                     |                    | <b>Ácido Valpróico</b>                          | 1                | 1,9% |
|                     |                    | <b>Carbamazepina</b>                            | 1                | 1,9% |
|                     |                    | <b>Cloridrato de nortriptilina</b>              | 1                | 1,9% |
|                     |                    | <b>Topiramato</b>                               | 1                | 1,9% |
|                     | <b>-</b>           | <b>Não usou medicamento com essa finalidade</b> | 1                | 2%   |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

NC\* - não classificados

ED\* - efeitos desconhecidos

As gestantes relataram que todos os medicamentos de uso contínuo foram prescritos. Para casos de doenças pré-existentes o tratamento prosseguiu com o(s) mesmo(s) medicamento(s) ou foram feitas adaptações com novos fármacos, como no caso dos anti-hipertensivos, em que a metildopa foi inserida.

Acerca dos medicamentos utilizados desde o início da gravidez até a data da entrevista, e que não estavam necessariamente ligados diretamente à presença de doença, 98,5% (n= 201) das gestantes relatou o consumo de pelo menos um princípio ativo e apenas 1,5% (n= 3) afirmaram não ter consumido nenhum. Entre as pacientes que relataram o consumo de medicamentos, 93% (n=187) fizeram uso de medicamentos prescritos na consulta pré-natal. Nos resultados encontrados por Brum *et al.* (2011), a prevalência de uso de pelo menos um medicamento, quer fosse prescrito ou não, durante a gestação foi de 90%. Em relação aos medicamentos prescritos ele encontrou o percentual de 83,6%. Em outro estudo, apenas 2,4% das mulheres entrevistadas relataram não ter feito uso de medicamentos durante a gestação (GOMES *et al.*, 1999). Rohra *et al.* (2008), em hospitais paquistaneses, encontrou que 100% das gestantes saíam da consulta de pré-natal com pelo menos uma prescrição de medicamento.

Uma justificativa plausível para tais dados é o aspecto cultural, pois a gestante ao consultar-se com o médico faz uma queixa esperando receber deste profissional a prescrição de um medicamento para solucionar o seu problema, e o não recebimento deste pode levar essa usuária a interpretar tal atitude como desinteresse e até mesmo como falta de competência deste profissional. (OLIVEIRA; FONSECA 2007).

A Tabela 6 apresenta os medicamentos prescritos e não prescritos mais usados pelas gestantes segundo os grupos farmacológicos definidos pela Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (BRASIL, 2009b). Algumas gestantes relataram o uso de um ou mais medicamentos.

Tabela 6 - Medicamentos utilizados pelas gestantes no período que abrange desde o início da gravidez até a data da entrevista

| <b>Grupos Farmacológicos</b>                                                               | <b>Medicamentos</b>                         | <b>Frequência de uso*<br/>(n)</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------|
| <b>Analgésicos, antiespasmódicos, anti-inflamatórios</b>                                   |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Paracetamol</b>                          | 114                               | 56,7%                  |
|                                                                                            | <b>Dipirona sódica</b>                      | 19                                | 9,4%                   |
|                                                                                            | <b>Escopolamina</b>                         | 25                                | 12,4%                  |
| <b>Medicamentos que atuam sobre o sistema hematopoiético (antianêmicos)</b>                |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Sulfato ferroso</b>                      | 119                               | 59,2%                  |
|                                                                                            | <b>Ácido fólico</b>                         | 111                               | 55,2%                  |
| <b>Suplementação vitamínica e mineral</b>                                                  |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Polivitamínicos</b>                      | 46                                | 22,9%                  |
|                                                                                            | <b>Carbonato de cálcio</b>                  | 9                                 | 4,5%                   |
| <b>Anti-infectantes</b>                                                                    |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Cefalexina</b>                           | 15                                | 7,5%                   |
|                                                                                            | <b>Outros antimicorbianos</b>               | 10                                | 4,9%                   |
|                                                                                            | <b>Pomada ginecológica</b>                  | 7                                 | 3,5%                   |
| <b>Medicamentos que atuam sobre o sistema digestivo (antiácido, antieméticos e outros)</b> |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Dimenidrinato</b>                        | 41                                | 20,4%                  |
|                                                                                            | <b>Outros antieméticos</b>                  | 10                                | 4,9%                   |
|                                                                                            | <b>Medicamentos para o trato digestório</b> | 17                                | 8,4%                   |
| <b>Outros</b>                                                                              |                                             |                                   |                        |
|                                                                                            | <b>Outros</b>                               | 64                                | 31,8%                  |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012

\* Citações de uso

Entre os medicamentos mais utilizados, encontram-se o sulfato ferroso (58,3%) e ácido fólico (54,4%); o paracetamol (55,9%) e os polivitamínicos (22,5%).

Quando se usa um fármaco na gestação deve-se avaliar sempre o fator risco-benefício para mãe e feto. O medicamento de escolha deve ser aquele que não cause efeito teratogênico ou alteração funcional. Com o objetivo de orientar e auxiliar o prescritor na escolha terapêutica mais adequada para a gestante, desde 1975 a agência americana FDA adota a classificação de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez (MEADOWS, 2001).

Foi possível classificar 9 medicamentos distintos dos quais as gestantes entrevistadas fizeram uso, sendo que 3 pertenciam a categoria A, 3 a categoria B e 3 a categoria C, portanto esses medicamentos não têm teratogenicidade comprovada ao feto (TABELA 7). Com relação aos medicamentos da categoria C, estes são de maior risco se comparados à A e B, pois correspondem a medicamentos que demonstraram risco fetal em estudos realizados em animais, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas, ou seja, os riscos não podem ser excluídos, mas os benefícios superam os riscos potenciais (LACY; ARMATRONG; GOLDMAN, 2010-2011).

Tabela 7 - Classificação dos medicamentos usados pelas gestantes, segundo as categorias de risco do FDA (Food and Drugs Administration ) para uso na gestação

| <b>Categoria de Risco</b> | <b>Medicamentos</b>                                                                                     |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A</b>                  | Sulfato ferroso, Ácido fólico, Polivitamínicos                                                          |
| <b>B</b>                  | Cefalexina, Paracetamol, Dimenidrinato                                                                  |
| <b>C</b>                  | Dipirona, Escopolamina, Carbonato de cálcio                                                             |
| <b>D</b>                  | -                                                                                                       |
| <b>X</b>                  | -                                                                                                       |
| <b>NC*</b>                | Outros antimicrobianos, Pomada ginecológica, Outros antieméticos e Medicamentos para o trato digestório |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

NC\* - Não classificados e/ou não identificados

Os resultados de Melo *et al.*, (2009) apontam o sulfato ferroso como o medicamento mais utilizado na gravidez (45%). No presente estudo os índices foram de 58,3%. O uso de sais de ferro na gestação constitui uma intervenção de rotina para assegurar padrões adequados de maturação e desenvolvimento fetais. A favor da prescrição de suplementos de ferro está a recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) que ressalta as altas taxas de anemia

nos países de terceiro mundo e onde há grande prevalência da desnutrição, devendo-se ministrar tais medicamentos como procedimento de rotina (CARMO; NITRINI 2004).

Estudo de Brum *et al.* (2011) afirma que os antianêmicos (categoria A) representaram 56% dos medicamentos prescritos durante as consultas de pré-natal; esses índices parecem refletir a conduta do Ministério da Saúde para a assistência pré-natal.

No presente estudo, seguido do sulfato ferroso, o ácido fólico e os polivitamínicos também foram muito utilizados, respectivamente com 54,4% (n= 111) e 22,5% (n= 46). Fontoura (2009) encontrou que 39,6% faziam uso de ácido fólico e/ou complexo vitamínico durante a gravidez, sendo que apenas 20% usaram o ácido fólico como monodroga durante a gestação. Há indicações de redução em torno de 50% a 70% na ocorrência dos defeitos congênitos após a suplementação periconcepcional com ácido fólico (SANTOS; PEREIRA 2007), já que este previne más formações congênitas que são resultantes do fechamento incorreto ou incompleto do tubo neural entre a terceira e quarta semana do desenvolvimento embrionário (BOYLES *et al.*, 2006; SANTOS; PEREIRA, 2007).

O consumo de medicamentos analgésicos também foi bastante referido, sendo o principal o paracetamol, 55,9% (n= 114), pertencente à categoria B, e estando correlacionado às intercorrências de saúde na gestação, que normalmente são condições benignas e autolimitadas. Fontoura (2009) descobriu o grupo dos analgésicos como o segundo mais utilizado, atrás somente dos antianêmicos, sendo o paracetamol utilizado por 57,8% das gestantes. Para fins de analgesia o paracetamol deve ser indicado, pois pertence a categoria B de risco ao feto (FONSECA; FONSECA E.; BERGSTEN-MENDES, 2002).

Embora sejam úteis os atuais sistemas de classificação de medicamentos e seus efeitos associados à gestação, estes devem ser usados com cautela, pois fornecem informações limitadas sobre segurança de utilização da maioria dos medicamentos durante a gestação (BRUM *et al.*, 2011).

O percentual de pacientes que iniciaram o pré-natal no primeiro, segundo e terceiro trimestres de gravidez, foram 79,9% (n=163), 19,6% (n= 40) e 0,5% (n= 1), respectivamente. Ao relacionar esses valores com o uso de medicamentos constatou-se que o maior índice de consumo foi entre as pacientes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, com 81,8% das citações de uso. Há relato na literatura de que como as consultas de pré-natal já haviam sido iniciadas há mais tempo, o médico tenha prescrito todos os medicamentos necessários (MELO *et al.*, 2009).

Ao analisar o perfil de automedicação, observamos que 29,3% (n= 59) das gestantes o faziam, levando-se em consideração que 201 gestantes fizeram uso de pelo menos um medicamento durante a gravidez. Os índices de automedicação foram de 7,0% (n= 14) para aquelas que não tinham nenhuma prescrição médica e de 22,3% (n= 45) para aquelas que além do uso de medicamentos através de prescrição médica, faziam também uso de medicamentos não prescritos (TABELA 8). Diferentemente em estudo realizado por Melo *et al.* (2009), observou-se que o índice de automedicação foi bem menor, 8,2%.

A automedicação é entendida como a seleção e uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas sem a prescrição ou a supervisão de um médico ou dentista (WHO, 1998). Esta tem sido a escolha para as intercorrências durante a gravidez, que são auto-dagnosticadas, e que são favorecidos pelo fácil acesso à compra em farmácias comunitárias e pelo difícil acesso ao profissional médico (YUSUFF; OMARUSEHE, 2011).

Tabela 8- Frequência de uso de medicamentos não prescritos em ação conjunta ou não com a prescrição médica

| <b>Automedicação</b>         | <b>Frequência (n)</b> | <b>Porcentagem (%)</b> |
|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| <b>Sem prescrição médica</b> | 14                    | 7,0%                   |
| <b>Com prescrição médica</b> | 45                    | 22,3%                  |
| <b>Total</b>                 | 59                    | 29,3%                  |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012.

Relacionando a frequência de automedicação com tipo de atendimento e primigestas, os valores são maiores para gestantes pertencentes ao grupo de risco (47,5%) e que não estão na primeira gravidez (57,6%) (TABELA 9).

O grupo de risco, além de ser o mais vulnerável, está associado ao maior consumo e é portanto o que está mais susceptível à danos. Em relação às não primigestas o conhecimento de alguns medicamentos devido a primeira gestação, a maior segurança em relação a condução da gravidez e as prescrições antigas, assim como os medicamentos guardados em casa podem ter favorecido o consumo.

Tabela 9 -Análise das gestantes que realizaram automedicação de acordo com variáveis

| Variáveis                  | Automedicação |       |
|----------------------------|---------------|-------|
|                            | n             | %     |
| <b>Tipo de atendimento</b> |               |       |
| Risco                      | 28            | 47,5% |
| Adolescente                | 13            | 22,0% |
| Normal                     | 18            | 30,5% |
| <b>Primigesta</b>          |               |       |
| Sim                        | 25            | 42,4% |
| Não                        | 34            | 57,6% |

Fonte: Entrevistas realizadas com as gestantes atendidas na MEAC durante o período de março a abril de 2012

Para este estudo houveram 77 citações de medicamentos por automedicação e alguns foram citados mais de uma vez. Os mais utilizados foram os analgésicos não opióides, 61% (n=47), e os medicamentos para o trato digestório, 16,9% (n= 13). Em outro estudo, a automedicação foi relatada por 50% das gestantes, sendo os analgésicos não opioides (55,7%) e os antiácidos (19,7%) os grupos farmacológicos mais utilizados. (BRUM *et al.*, 2011).

O feto é mais vulnerável às consequências negativas do uso de automedicação nas primeiras 12 semanas de gravidez, podendo ocorrer sangramentos ou aborto (PANGLE, 2006). Portanto, é importante acompanhar a utilização de medicamentos, especialmente durante o primeiro trimestre da gravidez. Isto irá reduzir ou eliminar o risco de ocorrência de anormalidades fetais associados ao uso inadequado de alguns medicamentos na gravidez.

Quando surgiam dúvidas sobre os medicamentos que deveriam ser utilizados, as gestantes relataram procurar auxílio médico na maioria das vezes, 67,6% das citações, na ocasião da consulta mensal, enquanto que a procura por farmacêuticos e enfermeiros apareceu equitativamente em 13,2% das citações, talvez em virtude da maior facilidade de acesso a esses dois profissionais. Os enfermeiros mais procurados, normalmente, eram os que trabalhavam nos Centros de Saúde da Família que a paciente costumava frequentar, ao passo que os farmacêuticos eram os de farmácias comunitárias. Apesar de poucas gestantes terem consultado balconistas de farmácias, apenas 1,5%, este fato nos alerta sobre os riscos que estas estão sujeitas, assim como as gestantes que pediram ajuda a agentes comunitários de saúde e/ou familiares, 16,2% das citações.

Muitas vezes as gestantes não têm a oportunidade de obter informações confiáveis sobre o uso de fármacos, principalmente devido ao encontro com o obstetra dar-se somente uma vez por mês, assumindo, portanto, o farmacêutico um papel incontestável nesse contexto. O profissional farmacêutico deve ser a escolha na orientação sobre o uso de medicamentos em virtude da sua acessibilidade, formação e conhecimento, estando, portanto, apto para orientar o uso apropriado e seguro de medicamentos (JACKSON *et al.*, 2004), ao contrário de pessoas leigas ou balconistas, os quais os últimos não têm formação adequada e estão mais preocupados com seus próprios lucros financeiros (BRIEGER *et al.*, 2004; ADIKWU, 1996).

Ao serem abordadas com uma pergunta mais direcionada à importância do farmacêutico, ou seja, questionadas sobre quem procuravam para atendimento quando iam à farmácia comunitária, 65,2% das gestantes afirmaram buscar o farmacêutico. A escolha por balconistas apareceu em 26,5% das gestantes e 8,3% afirmaram não ter preferência.

Constata-se através dos valores encontrados nesse estudo que há certa divergência nas respostas das entrevistadas, como no caso observado em que uma menor parcela das entrevistadas, 13,2%, procuravam o farmacêutico para tirar dúvidas sobre medicamentos, ou seja, parte da população ainda não tem conhecimento sobre os benefícios à saúde oferecidos pelo profissional farmacêutico.

O farmacêutico é responsável pela atenção farmacêutica (AF), que compreende um conjunto de atitudes, comportamentos, compromissos, cuidados, valores éticos, funções, conhecimentos, responsabilidades e habilidades na prestação da farmacoterapia, com o objetivo de obter resultados terapêuticos sustentados pelos indicadores de saúde e de qualidade de vida dos pacientes (OMS, 1995). Esta prática favorece a correta dispensação, assim como o repasse de informações necessárias para garantir a adesão ao tratamento pelo paciente, evita muitos erros na tomada de medicamentos, favorece um maior entendimento por parte da população acerca dos medicamentos, ajuda no controle do paciente que usa mais de um princípio ativo (quantidade certa e horário certo) e é muito importante como agente de promoção para o uso racional dos medicamentos (MARQUES *et al.*, 2011).

Em estudo realizado em Minas Gerais com usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), observou-se que a maioria dos pacientes quando indagados sobre o tema atenção farmacêutica não soube responder do que se tratava. Somente após explicação clara e simples do assunto, fornecida pela pesquisadora, puderam responder ao questionamento. Os resultados

foram: 45,71% ouviram falar em AF, 22,85% afirmaram saber do que se tratava e 31,42% nunca tinham ouvido falar em AF. Quando questionados sobre a implantação da atenção farmacêutica, 100% das mulheres entrevistadas foram receptivas a sua implantação (MARQUES *et al.*, 2011).

Isto evidencia a necessidade de maior atuação do farmacêutico dentro dos programas de saúde pública, firmando sua importância no processo terapêutico e os benefícios que podem ser proporcionados à vida do paciente.

## 6 CONCLUSÃO

A realidade revelada pelas mulheres deste estudo mostra convergência com o que tem sido observado na literatura. O maior índice de gestantes são aquelas que estão na faixa etária dos 20 a 29 anos cuja gravidez não foi planejada, que possuem baixo nível de escolaridade predominando o ensino fundamental incompleto e que vivem em condição de baixa renda com um salário mínimo por mês .

A grande maioria das gestantes (98,5%) consumiu pelo menos um medicamento durante a gestação, sendo que 29,3% fez uso de automedicação.

Os medicamentos mais utilizados pelas entrevistadas foram o sulfato ferroso (58,3%), paracetamol (55,9%) ácido fólico 54,4% e polivitamínicos (22,5%). Dos medicamentos identificados nesse estudo apenas alguns medicamentos de uso contínuo tinham evidências de risco para o feto humano de acordo com as categorias da FDA (categoria D de risco), porém os fármacos poderiam ser utilizados se os benefícios fossem maiores, em caso de risco de vida, doença grave ou na impossibilidade do uso de outros fármacos, estando portanto à critério do médico prescrever tais medicamentos.

Em virtude das gestantes estarem utilizando medicamentos que são potencialmente perigosos ao feto, os profissionais de saúde podem minimizar esses riscos associados ao uso através da qualidade na prescrição e dispensação de medicamentos, combinando os conhecimentos especializados dos médicos e os complementares dos farmacêuticos na busca de resultados mais eficientes e do uso racional de medicamentos.

## REFERÊNCIAS

ADIKWU, M.U. Sales practices of patent medicine sellers in Nigeria. **Health Policy Plan.**, v.11, p. 202–203, 1996.

ALBALADEJO, F. M.; DIEZ, B. J. Aspectos sociológicos Del empleo de medicamentos In: Albaladejo, F. M.; Díez, B. J. (Org.). **Principios de Farmacología Clínica**. Barcelona: Masson, 2002. p. 271-281.

AMORIM, M. M. R.; LIMA, L. A.; LOPES, C. V.; ARAÚJO, D. K. L.; SILVA, J. G. G.; CÉSAR, L. C.; MELO, A. S. O. Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escolada Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 8, p. 404-410, 2009.

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 13, supl., p. 733-736, 2008.

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S.; CARVALHO, M. L.; RIGHI, R. E.; ARNAU, J. M. Perfil de Automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 71-77, 1997.

ARRAIS, P. S. P. **Medicamentos: consumo e reações adversas: um estudo de base populacional**. Fortaleza: Edições UFC, 2009.

ARRAIS, P. S. P.; BRITO, L. L.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 1737-1746, 2005.

AZEVEDO, G. D.; FREITAS JÚNIOR, R. A. O.; FREITAS, A. K. M. S. O.; ARAÚJO, A. C. P. F.; SOARES, E. M. M.; MARANHÃO, T. M. O. Efeito da idade materna sobre os resultados perinatais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 24, n. 3, p. 181-185, 2002.

BARRON, W. M.; LINDHEIMER, M. D. **Complicações médicas na gravidez**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

BARROS, J. A. C. A atuação dos balconistas de farmácia – ajudando a promover o uso racional de medicamentos? **J. Bras. Med.**, v. 73, n. 2, p. 120-127, 1997.

BERTOLDI, A. D.; BARROS, A. J. D.; HALLAL, P. C.; LIMA, R. C. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 228-238, 2004.

BLENKINSOPP, A.; BRADLEY, C. Over the counter drugs: patients, society and the increase in self-medication. **Br.Med. J.**, v. 312, p.629-632, 1996.

BOOBIS, A. R.; LEWIS, P. Drugs in pregnancy: altered pharmacokinetics. *Br. J. Hosp. Med.*, v. 28, p. 566-573, 1982.

BOYLES, A. B.; BILLUPS, A. V.; DEAK, K. L.; SIEGEL, D.G.; MEHLTRETTER, L.; SLIFER, S. H.; BASSUK, A.G.; KESSLER, J. A.; REED, M. C.; NIJHOUT, H. F.; GEORGE, T. M.; ENTERLINE, D. S.; GILBERT, J. R.; SPEER, M. C. Neural tube defects and folate pathway genes: family-based association tests of gene-gene and gene-environment interactions. **Environ. Health Perspect.**, v. 114, n. 10, p. 1547-1552, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de gestão 2003 a 2006: Política nacional de atenção integral à saúde da mulher.** Brasília, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher. **PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança.** Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME).** Brasília, DF, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2006: uma análise da situação de saúde no Brasil.** Brasília, 2006.

BRIEGER, W.R.; OSAMOR, P.E.; SALAMI, K.K.; OLADEPO, O.; OTUSANYA, S.A. Interactions between patent medicine vendors and customer in urban and rural Nigeria. **Health Policy Plan.**, v. 19, p. 177-182, 2004.

BRIGGS, G.; FREEMAN, R. K.; YAFFE, S. J. Drugs in pregnancy and lactation. 6th ed. Baltimore: William & Wilkins, 2002.

BRUM, L. F. S.; PEREIRA, P.; FELICETTI, L. L.; SILVEIRA, R. D. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil), 2011. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, 2011.

CARMO, T. A. Medicamentos e Gravidez. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 5, n. 10, p. 55-61, 2004.

CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, p.1004-1013, 2004.

CASTRO, L. L.; COSTA, A. M.; KOZOROSKI, A. M.; ROSSINI, A.; CYMROT, R. Algumas características da prática da automedicação em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. **Rev. Ciênc. Farm.**, v. 21, p. 81-101, 2000.

CASTRO, L. L. C. Pharmaceutical epidemiology: a new discipline. **Divulgação Saúde Debate**, v.18, p. 87-92, jun. 1997.

CHALEM, E.; MITSUHIRO, S. S.; FERRI, C. P.; BARROS, M. C. M.; GUINSBERG, R.; LARANJEIRA, R. Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

CHETLEY, A. **Medicamentos problema**. 2. ed. Chimbote: AIS LAC, 1994.

CHÁVEZ, F. C. Información sobre medicamentos: situación internacional. **ACIMED**, v. 2, n 1, p. 18-23, 1994.

CIANTELLI, G. L.; MORAIS, L. A.; FREITAS, C. R.; URSOLINO, A. P.; SCARPA, L. C.; BASTOS, J. M. C.; OLIVEIRA, H. B.; SCHUTZES, L. M. R.; LANZA, L. B. A gravidez não planejada em um bairro periférico de Sorocaba, São Paulo, 2012. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, Sorocaba, v. 14, n. 1, p. 19 - 21, 2012

CLEARY-GOLDMAN, J.; MALONE, F. D.; VIDAVER, J.; BALL, R. H.; NYBERG, D. A.; COMSTOCK C. H. et al. Impact of maternal age on obstetric outcome. **Obstet. Gynecol.**, v. 105, n. 5, Pt. 1, p. 983-890, 2005.

COELHO, E. A. C.; ANDRADE, M. L. S.; VITORIANO, L. V. T.; SOUZA, J. J.; SILVA, D. O.; GUSMÃO, M. E. N.; NASCIMENTO, E. R.; ALMEIDA, M. S. Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta Paul Enferm.**, 2012.

COLLABORATIVE GROUP ON DRUG USE IN PREGNANCY. Medication during pregnancy: a intercontinental cooperative study. **Int. J. Gynaecol. Obstet.**, v.39, p. 185-196, 1992.

DIAZ, A.; SANHUEZA, P. R.; YAKSIC, N. B. Riesgos obstétricos en el embarazo adolescentes: estudio comparativo de resultados obstétricos y perinatales con pacientes embarazadas adultas. **Rev. Chil. Obstet. Ginecol.**, v. 67, n. 6, p. 481-487, 2002.

FAÚNES, A.; PINOTTI, J. A.; CECATTI, J. G. Atendimento pré-natal: assistência obstétrica primária: quais as necessidades no Brasil. **J. Bras. Med.**, v. 52, v. 3, p. 38-54, 1987.

FONSECA, M. R. C. C.; FONSECA, E.; BERGSTEN-MENDES, G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 205-212, 2002.

FONTOURA, A. **Utilização de medicamentos por gestantes em atendimento pré-natal em uma maternidade de ribeirão preto.** Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2009.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia clínica:** fundamentos da terapêutica racional. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **A prescrição:** diretrizes para a utilização racional de medicamentos nos serviços básicos de saúde. São Paulo, 1992.

GIR, E.; DUARTE, G.; PINTO, V. M.; MACHADO, J. P.; REIS, R. K.; CARVALHO, M. J. Conhecimento de balconistas de farmácia de Ribeirão Preto sobre gonorréia. **J. Bras. Doenças Sex. Transm.**, v. 15, n. 3, p. 24-30, 2003.

GIUGLIANI, C.; SANSEVERINO, M. T. V.; SCHÜLER-FACCINI, L. Uso de fármacos e outras exposições na gestação. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. M. (Ed.). **Medicina ambulatorial:** condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre: ArtMed, 2004. p. 402-430.

GLOVER, D. D.; AMONKAR, M.; RYBECK, B. F.; TRACY, T. S. Prescription, over-the-counter, and herbal medicine use in a rural, obstetric population. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 188, n. 4, p. 1039-1045, 2003.

GOMES, K. R. O.; MORON, A. F.; SOUZA E SILVA, R.; SIQUEIRA, A. A. F. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 246-254, 1999.

HARDON, A.; HODGKIN, C.; FRESLE, D. **How to investigate use of medicines by consumers.** Geneva: WHO/University of Amsterdam/Royal Tropical Institute, 2004.

HEILBORN, M. L.; AQUINO, E. M.; BOZON, M.; KNAUTH, D. R. (Org.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n.6, jun. 2007.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro, 2010.

JACKSON, J. K.; SWEIDAN, M.; SPINKS, J. M.; SNELL, B.; DUNCAN, G. J. Public health-recognising the role of Australian pharmacists. **J. Pharm. Pract. Res.**, v. 34, p. 290-292, 2004.

JOLLY, M.; SEBIRE, N.; HARRIS, J.; ROBINSON, S.; REGAN, L. The risks associated with pregnancy in women aged 35 years or older. **Hum. Reprod.**, v. 15, n. 11, p. 2433-2437, 2000.

KOREN, G. Aspectos especiais da farmacologia perinatal e pediátrica. In: \_\_\_\_\_. **Farmacologia:** básica e clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 833-843.

LACY, C.F.; ARMATRONG, L.L.; GOLDMAN, M.P. **Drug information handbook with international trade names index**. 19<sup>th</sup> edition, 2010-2011.

LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L.; FIRMO, J. O. A.; LIMA-COSTA, M. F. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 55-62, 2002.

MARQUES, L A. M.; VALE, F. V. V. R.; NOGUEIRA, V. A. S.; MIALHE, F. L.; SILVA, L. C. Atenção farmacêutica e práticas integrativas e complementares no SUS: conhecimento e aceitação por parte da população sãojoanense. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 663-674, 2011.

MARTINS, M. G.; SANTOS, G. H. N.; SOUSA, M.S.; COSTA, J. E. F. B.; SIMÕES, V. M. F. Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 33, n. 11, p. 354-360, 2011.

MEADOWS, M. Pregnancy and drug dilemma: **FDA consumer magazine**. 2001. Disponível em: <<http://www.sccgov.org/sites/mhd/Staff%20%20Contractor%20Information/Medical%20and%20Pharmacy%20Services/Documents/pregnancyandtheDrugDilemma.pdf>> . Acesso em: 14 jun. 2012.

MELLIN, G. W.; KATZENSTEIN, M. The saga of Thalidomide (conclude): neuropathy to embryopathy, with case reports of congenital anomalies. **N. Eng. J. Med.**, v. 267, p. 1238-1244, 1962.

MELO, S. C. C. S.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B.; OLIVEIRA, N. L. B. Uso de medicamentos por usuárias do Sistema único de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 1, p. 66-70, 2009.

MENDES, Z.; MARTINS, A. P.; MIRANDA, A. C.; SOARES, M. A.; FERREIRA, A. P.; NOGUEIRA, A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. **Rev. Bras. Ciênc. Farm.**, vol. 40, n. 1, jan./mar. 2004.

MENGUE, S. S.; SCHENKEL, E. P.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, p. 415-420, 2001.

NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, Comunicação e Cultura. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 10, supl., p. 9-193, 2005.

NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos**: ameaça ou apoio à saúde? Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.

NAVES, J. O. S. **Orientação farmacêutica para DST nas farmácias do DF**: um estudo de intervenção. Tese (doutorado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.

OLIVEIRA, A. C. P.; FONSECA, T. M. M. Estudo epidemiológico sobre o uso de medicamentos durante a gravidez na população atendida pelo serviço de obstetrícia do hospital municipal de Confessa-MT. **Interseção**, Belo Horizonte, v.1, n.1, p. 102-109, out. 2007.

OMS. El papel Del farmacéutico en el sistema de atención a la salud. In: REUNIÓN DE LA OMS, 1993, Tokio. **Informe**. Genebra: OMS, 1995. Disponível em: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2012.

OMS. **Necesidades de salud de los adolescentes**. Geneva, 1977. (Série de Informes Técnicos, n. 609).

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E.; LUIZA, V. L.; COSENDEY, M. A. E.; FREITAS, A. M.; MIRANDA, F. F. *et al.* Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gestação. **Cad. Saúde Pública**, Supl. 20, p. S73-S82, 2004.

PANGLE, B. L. Drugs in pregnancy and lactation. In: HERFINDAL, E. T.; GOURLEY, D. R. (Ed.). **Textbook of therapeutics, drug and disease management**. 8th ed. Philadelphia: Lippincott William Wilkins, 2006. p. 434-448.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PIPER, J. M.; BAUM, C.; KENNEDY, D. L. Prescription drug use before and during pregnancy in a Medicaid population. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v. 157, p. 148-156, 1987.

ROHRA, D. K.; DAS, N.; AZAM, S. I.; SOLANGI, N. A.; MEMON, Z.; SHAIKH, A. M. *et al.* Drug-prescribing patterns during pregnancy in the tertiary care hospitals of Pakistan: a cross sectional study. **BMC pregnancy and Childbirth**, v. 8, n. 24, p. 28-32, 2008.

SANTOS, G. H. N.; MARTINS, M. G.; SOUSA, M. S.; BATALHA, S. J. C. Impacto da idade materna sobre os resultados perinatais e via de parto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 7, p. 326-334, 2009.

SANTOS, L. M. P.; PEREIRA, M. Z. Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 1, p. 17-24, 2007.

SCHOR, N.; LOPEZ, A. Adolescência e anticoncepção. Estudo de conhecimento e uso em puérperas internadas por parto ou aborto. **Rev. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 506-511, 1990.

UNICEF. **Adolescência: uma fase de oportunidades**. 2011. Relatório da Situação mundial da infância 2011: Caderno Brasil. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_cadernoBR\\_SOWCR11\(3\).pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_cadernoBR_SOWCR11(3).pdf)>. Acesso em: 08 jun. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Pharmaceutical Federation. **The role of the pharmacist in the fight against the HIV-AIDS pandemic**: a joint declaration between the WHO and IPF. Geneva, 1997.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs:** report of the conference of experts. Geneva, 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The role of the pharmacist in self-care and self-medication:** Report of the 4<sup>th</sup> WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Geneva, 1998.

YUSUFF K. B.; OMARUSEHE L.D. Determinants of self medication practices among pregnant women in Ibadan, Nigéria. **Int. J. Clin. Pharm.**, v. 33, p. 868–875, 2011.

ZIADEH, S. M. Maternal and perinatal outcome in nulliparous women 8. aged 35 and older. **Gynecol. Obstet. Invest.**, v. 54, n. 1, p. 6-10, 2002.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – Questionário para avaliar a utilização de medicamentos em gestantes

Questionário Nº: \_\_\_\_\_ Data: \_\_/\_\_/\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Procedência: ☐ Capital ☐ Interior

Idade: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_

Ocupação: \_\_\_\_\_

Estado Marital: ☐ Com companheiro

☐ Sem companheiro

Primigesta: ☐ Sim ☐ Não

Idade Gestacional no momento da entrevista: \_\_\_\_\_

Idade Gestacional no início do pré-natal: \_\_\_\_\_

Primeira vez que vem ao pré-natal durante essa gestação: ☐ Sim ☐ Não

Possui outros filhos: ☐ Sim ☐ Não Quantos: \_\_\_\_\_

Realizou pré-natal em outras gestações: ☐ Sim ☐ Não

Atual gravidez foi planejada: ☐ Sim ☐ Não

Renda Familiar: ☐ Até 1 salário mínimo

☐ 1 salário mínimo (R\$ 622,00)

☐ Dois salários mínimos

☐ Acima de 2 salários mínimos

Possui algum problema de saúde: ☐ Sim ☐ Não Qual: \_\_\_\_\_

Faz uso contínuo de algum medicamento: ☐ Sim ☐ Não

Qual (quais): \_\_\_\_\_

Usou algum (s) medicamento (s) no último mês (es): ☐ Sim ☐ Não

Qual (quais): \_\_\_\_\_

Qual finalidade: \_\_\_\_\_

Quem deu a indicação do medicamento:

☐ Prescrição/Médico ☐ Balconista ☐ Farmacêutico da Farmácia ☐ Parente

Outro: \_\_\_\_\_

Lembra-se em qual período gestacional foi administrado/prescrito: ☐ Sim ☐ Não

Qual período: \_\_\_\_\_

Na sua opinião, gestante pode tomar medicamento: ☐ Sim ☐ Não

Se sim: ☐ Só os prescritos pelo médico

☐ Qualquer um

Em caso de dúvidas sobre o uso dos medicamentos, com quem você procura ajuda:

☐ Médico

☐ Enfermeiro

☐ Farmacêutico

☐ Balconista

Outro: \_\_\_\_\_

Quando vai à farmácia procura o farmacêutico ou o balconista: ☐ Farmacêutico

☐ Balconista

☐ Não tem preferência

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Eu \_\_\_\_\_, estou sendo convidada a participar de um estudo denominado “Perfil de utilização de medicamentos por gestantes atendidas em uma maternidade do município de Fortaleza – CE” cujos objetivos e justificativa são: conhecer o perfil de medicamentos utilizados por gestantes que são atendidas em uma maternidade do município de Fortaleza-CE de forma a contribuir para o uso racional de medicamentos na gestação através da elaboração de material educativo.

A minha participação neste estudo será responder a um questionário, que será aplicado pelo integrante do grupo de pesquisa antes ou após a consulta de pré-natal. Estou ciente de que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, identificar-me, será mantido em sigilo.

Também fui informada que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar e sem sofrer nenhum tipo de prejuízo.

Tendo compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre a participação no mencionado estudo, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, pela minha participação, concordo em participar e para isso DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE TENHA SIDO FORÇADO OU OBRIGADO.

Este termo de consentimento será assinado por mim e pelos pesquisadores, em duas vias, uma ficará comigo e a outra com o pesquisador responsável.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local) (Dia) (Mês) (Ano)

Nome do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa: \_\_\_\_\_

Endereço domiciliar: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Nome do profissional que aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_

Pesquisador responsável: Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva

Instituição: UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Endereço: Rua Capitão Francisco Pedro, 1210

Telefone para contato: (85) 3366-8281

Atenção: Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo dirija-se ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, 1127, Rodolfo Teófilo

Telefone: (85) 3366-8338

## ANEXOS

### ANEXO A - Autorização do Comitê de Ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND  
Rua Coronel Nunes de Melo, S/Nº - Rodolfo Teófilo - C.G.C. 07.206.048/0001-08  
PABX: (085) 281.19.00 - Fax: (085) 243.7155 - 281.2886  
CEP 60430-270 - Fortaleza - Ceará – Brasil

**Ofício CEP/MEAC Nº 03/12**

Fortaleza, 08 de Maio de 2012.

**Protocolo nº 106//11**

**Pesquisadora: Mayara De Matos Morais Monteiro**

**Orientador: Profª. Drª Luzia Izabel Mesquita Moreira da Silva**

**Deptº/Serviço: Graduação Farmácia /UFC**

**Título do Projeto: PERFIL DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS POR GESTANTES ATENDIDAS EM UMA MATERNIDADE DO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CE**

Levamos ao conhecimento de V. S<sup>a</sup>. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará – CEP/MEAC/UFC, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional da Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 publicada no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e complementares, analisou o projeto supracitado na reunião de 16 de dezembro de 2011 e libera sua execução uma vez que foram atendidas as recomendações.

A Pesquisadora deve comparecer ao setor competente da Instituição onde será realizada a pesquisa, para a confecção dos crachás, munida deste documento.

Igualmente informamos, que a mesma deverá se comprometer a enviar relatórios parciais e ao final do referido projeto.

**Atenciosamente,**



Maria Sidneuma Melo Ventura  
Coordenadora do CEP/MEAC