

Avaliação do uso de medicamentos por gestantes em Unidades Básicas de Saúde de Rondonópolis, Mato Grosso

Evaluation of the use of medicines among pregnant women in Health Centers in Rondonópolis, Mato Grosso

Evaluación del uso de drogas en el embarazo en Unidades Básicas de Salud de Rondonópolis, Mato Grosso

Áurea Miranda do Nascimento¹, Ritiélly Eduarda Lopes Mendonça Gonçalves², Renata Marien Knupp Medeiros³, Helen Cristina Fávero Lisboa⁴

Resumo

Considerando os riscos do uso de fármacos no período gestacional, este trabalho teve como objetivo avaliar o uso de medicamentos por gestantes. Para isso, foi realizado um estudo quantitativo, com delineamento transversal, não experimental, cuja população foi composta por 100 gestantes cadastradas em Unidades de Saúde do município de Rondonópolis (MT). A coleta de dados ocorreu entre

agosto de 2012 e março de 2013 por meio de questionário individual. Os resultados mostraram que as mulheres (92%) utilizavam medicamentos prescritos pelo médico. O índice de automedicação foi baixo (8%), sendo os analgésicos e antipiréticos as classes terapêuticas mais utilizadas (16,6%) e a cefaleia, o principal motivo da automedicação. Grande parte das gestantes (69%) afirmou ter recebido orientações de profissionais da saúde sobre os riscos da automedicação durante o período gestacional. Os resultados mostram sensatez na escolha dos medicamentos prescritos (de menor risco para a gestação), indicando responsabilidade e uso racional dos fármacos.

Descritores: Gestantes. Medicamentos. Automedicação. Enfermagem.

Abstract

Considering the risks of the use of pharmaceuticals during pregnancy, the objective of this work was to evaluate the use of medicines by pregnant

¹ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/CUR. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela CGESP. Enfermeira do hospital Regional do Oeste (HRO). E-mail: aurea.82@hotmail.com

² Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso/CUR. Especialista em Ginecologia e Obstetrícia pela CGESP. E-mail: ritielly_eduarda@hotmail.com

³ Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO). Especialista em Gestão em Saúde Coletiva e da Família. Mestranda em Educação pela PPGE/UFMT. Professora Assistente da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Curso de Enfermagem / CUR. E-mail: renataknupp@globocom

⁴ Farmacêutica-Bioquímica pela UNESP/Araraquara. Mestre em Biotecnologia, Doutoranda em Biotecnologia pela UNESP/IQ, Professora Adjunta da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Curso de Enfermagem, Rondonópolis/MT, Brasil. E-mail: helcrisiq@yahoo.com.br

women. In order to do that, a quantitative study was undertaken, with a cross-sectional and non-experimental approach, whose population consisted of 100 women registered at health centers in the city of Rondonópolis (MT). The data collection took place between August 2012 and March 2013, through an individual questionnaire. The results showed that the women (92%) used medicines prescribed by the doctor. The rate of self-medication was low (8%); analgesics and antipyretics were the most used therapeutic classes (16.6%), and headache was the main reason for self-medication. The majority of women (69%) stated that they had received guidance from health professionals about the risks of self-medication during pregnancy. The results show prudence in the choice of using prescribed medicines (of lower risk to pregnancy), indicating responsibility and a rational use of pharmaceuticals.

Descriptors: Pregnant women. Medicines. Self-medication. Nursing.

Resumen

Teniendo en cuenta los riesgos del uso de medicamentos durante el embarazo este trabajo fue evaluar el uso de drogas por parte de las mujeres embarazadas.

Por lo tanto, se realizó un estudio cuantitativo con, diseño no experimental transversal, cuya población consistió en 100 mujeres inscritas en las unidades de salud en la ciudad de Rondonópolis (MT). La recolección de datos tuvo lugar entre agosto de 2012 y marzo 2013 al cuestionario individual. Los resultados mostraron que la mayoría de las mujeres (92%) utiliza los medicamentos prescritos por el médico. La tasa de automedicación fue baja (8%) y los analgésicos y antipiréticos las clases terapéuticas más utilizadas (16,6%) siendo la razón principal el dolor de cabeza de la automedicación. Gran parte de las mujeres (69%) afirmaron haber recibido la orientación de los profesionales de la salud acerca de los riesgos de la automedicación en este periodo. Los resultados muestran una buena sensación en la elección de los medicamentos con receta (de menor riesgo durante el embarazo), lo que indica la responsabilidad y el uso racional de los medicamentos.

Descriptores: Embarazada. Medicamentos. La automedicación. Enfermería.

Introdução

Na gravidez, a mulher passa por diversas transformações morfofisiológicas influenciadas pela presença do feto. Neste sentido, é válido lembrar que a exposição da mãe a medicamentos é estendida ao feto e os efeitos sobre ele (morte, abortamento ou malformações) vão depender de fatores relacionados ao fármaco, do período gestacional, da frequência e dose utilizada⁽¹⁾.

Acreditavam-se, até o final da década de 40, que o feto e o embrião em fase de desenvolvimento se encontravam protegidos de agentes externos. Porém, a partir de 1941, estudos demonstraram que estes poderiam causar malformações congênitas, pois, descobriu-se que a barreira placentária não impede a passagem de todos os medicamentos, mas, os seleciona de acordo com suas características⁽²⁾. Neste sentido, o desastre da talidomida foi o marco histórico da farmacovigilância. A prescrição desse medicamento para gestantes, com queixas de náuseas e vômitos no início da gravidez, iniciou no final dos anos cinquenta e na década seguinte comprovou-se as malformações congênitas provocadas por seu uso, dentre as quais se destaca a

interrupção do crescimento das extremidades nos embriões e má formações de órgãos internos, como o coração^(3, 4).

Durante o período gestacional, a medicalização expõe o binômio (mãe-feto) a riscos provindos do consumo de medicamentos, sejam eles usados devido a necessidades relacionadas às particularidades da gestação, como por exemplo, o uso para suplementação nutricional ou para intervir em casos de intercorrências obstétricas. Assim, considerando a vulnerabilidade materna e fetal, o uso de medicamentos na gestação deve considerar o risco/benefício para o binômio⁽⁵⁾.

Considerando as peculiaridades farmacocinéticas de cada droga, e com a finalidade de orientar a escolha terapêutica mais adequada no período gestacional, a agência americana *Food and Drug Administration* – (FDA) classificou os fármacos quanto aos efeitos na gestação em categorias de risco. Nesta, são encontradas cinco categorias: A (estudos em gestantes, não demonstram risco para o feto), B (estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não existem estudos em mulheres grávidas), C (estudos realizados em animais evidenciaram alguns efeitos adversos para feto, porém

não foram realizados estudos em gestantes), D (há evidências positivas de risco fetal humano, porém os benefícios podem justificar seu risco) e X (contraindicados na gestação, pois estudos em animais e em mulheres grávidas demonstraram clara evidência de risco fetal). Entretanto, para uma significativa quantidade de fármacos, não existem dados científicos sobre o verdadeiro risco associado a seu uso durante a gravidez⁽⁶⁾.

Nesse contexto, o uso irracional de medicamentos no período gestacional constitui um comportamento de alto risco, quando se considera que nenhum medicamento é isento de toxicidade à mãe ou ao feto, podendo assim ser um problema de saúde pública⁽⁷⁾.

Objetivo

O objetivo desse estudo foi analisar o uso de medicamentos por gestantes, em Unidades de Saúde do município de Rondonópolis, Mato Grosso (MT), podendo os resultados obtidos contribuir para a implementação de programas educativos para gestantes, alertando sobre os riscos da automedicação no período gestacional, bem como do uso abusivo de medicamentos.

Revisão da literatura

Gestantes *versus* Automedicação

Na gravidez, a mulher passa por diversas transformações e entre elas está a alteração da farmacocinética, ou seja, aquilo que o organismo humano faz com o medicamento. Esse processo inclui absorção, distribuição, metabolismo e excreção do fármaco⁽²⁾.

Acreditava-se, até o final da década de 40, que o feto e o embrião que estavam em fase de desenvolvimento se encontrassem protegidos de agentes externos pelas membranas fetais, e paredes uterina e abdominal, porém, a partir de 1941, estudos demonstraram que estes agentes poderiam atingir o feto em desenvolvimento, causando malformações congênitas em crianças cujas mães foram expostas⁽⁸⁾. Na década de 60, foi possível a comprovação das malformações durante o processo de desenvolvimento fetal, causadas pelas ações de fatores ambientais, devido o desastre provocado pela talidomida, fármaco que quando ingerido pela mãe durante um período de 34 e 50 dias após o último ciclo menstrual causa deformações no feto⁽⁵⁾.

O uso de medicamentos na gravidez, apesar de apresentar riscos, ainda é frequente e tem como principais justificativas o tratamento de manifestações particulares nesse período ou a intervenção durante as intercorrências obstétricas. Porém, desde a tragédia envolvendo a Talidomida, fármaco considerado teratogênico, estudos vêm sendo desenvolvidos pela comunidade científica, voltados para a segurança do uso de medicamentos na gestação⁽⁵⁾.

Durante o período gestacional, a prescrição medicamentosa pode consideravelmente prejudicar o bebê, pois os vasos sanguíneos do feto e da mãe encontram-se separados por várias camadas de tecido, que juntas, formam a barreira placentária, que não impede a passagem de todos os medicamentos, mas seleciona de acordo com as características do fármaco, pois o transporte está relacionado a determinados fatores como, lipossolubilidade, grau de ionização, polarização e ligação às proteínas. De modo geral, as substâncias lipossolúveis possuem respectiva facilidade de ultrapassar a placenta e logo após a passagem, atingem a circulação fetal. As drogas altamente polares ou

ionizadas não atravessam facilmente a placenta⁽²⁾.

Os AINE (antiinflamatórios não-esteróides) possuem ampla indicação clínica, tais como, antipiréticos, analgésicos e antiinflamatórios. Essas drogas só podem ser usadas durante o período gestacional quando o benefício potencial justificar o risco para o feto, pois atua no útero causando parto tardio e distócia. Quanto ao uso de antiinflamatórios corticosteróides, é necessário prudência ao uso durante a gravidez, devido os glicocorticóides serem agentes teratogênicos⁽²⁾.

As tetraciclínas são antibióticos eficazes contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, incluindo *Rickettsias*, *Coxiella*, *Mycoplasma* e *Chlamydia* spp. Estes medicamentos, distribuem-se por toda a extensão tecidual e também nos líquidos corporais, são lipossolúveis sendo capazes de ultrapassar a barreira placentária. A hepatotoxicidade ocorre de forma rara, porém quando ocorre em mulheres grávidas pode ser particularmente grave, pois, a combinação de uremia e icterícia crescente pode ser fatal⁽²⁾.

O cloranfenicol também é um antibiótico eficaz contra bactérias gram-positivas e gram-negativas, incluindo espécies *Rickettsias*, *Mycoplasma* e

Chlamydia, sendo também eficaz contra a maioria das bactérias anaeróbicas, incluindo *Bacteroides fragilis*⁽²⁾. Na gestação, este fármaco não atua como agente teratogênico, porém, quando administrado na iminência de parto prematuro, pode causar colapso cardiovascular, respiração irregular, cianose - síndrome cinzenta, podendo levar ao óbito fetal⁽⁹⁾.

Categorias de risco

Ao se usar um fármaco durante a gestação é necessário levar em consideração o fator risco-benefício tanto para a mãe quanto para o feto, devendo ser escolhido aquele que não cause efeito teratogênico ou alteração funcional⁽⁵⁾.

A suscetibilidade aos efeitos dos medicamentos no feto é influenciada pela idade gestacional, onde o primeiro trimestre da gestação apresenta maior risco de teratogenia. Porém, o feto continua vulnerável mesmo depois de decorrido esse período. Durante o período gestacional, os medicamentos são usados para controlar os sinais e sintomas característicos da gravidez, durante o trabalho de parto e no tratamento de doenças intercorrentes⁽¹⁰⁾.

Neste contexto, a agência americana FDA propôs uma

classificação de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez. No entanto, embora este sistema de classificação seja útil para os profissionais prescritores, deve ser usado com muito cuidado pois fornecem informações restritas sobre a maioria dos medicamentos e seu uso nesse período⁽⁵⁾.

Esta classificação divide os fármacos em cinco categorias (A, B, C, D e X) de acordo com o risco que oferece durante a gestação. Estudos controlados demonstraram que fármacos na categoria A não oferecem riscos ao feto no primeiro trimestre de gestação, não há evidência de risco em trimestres posteriores e a possibilidade de dano fetal parece remota. Com relação aos medicamentos classificados na B, não existem estudos realizados com estes fármacos em gestantes, contudo, os estudos em animais não demonstram risco fetal, mas alguns deles demonstraram algum efeito adverso de reprodução animal no feto (que não seja diminuição de fertilidade), porém, não confirmado em estudos controlados em mulheres durante o primeiro trimestre e sem evidências de risco nos trimestres posteriores. Na categoria C, estudos em animais demonstraram efeitos adversos no feto

como teratogenia, morte fetal ou outro, mas não há estudos disponíveis controlados em mulheres, assim, esses fármacos só devem ser administrados se o benefício justificar o risco potencial para o feto. Já na categoria D há evidência positiva de risco fetal humano, mas os benefícios de uso em mulheres grávidas podem justificar o uso a despeito do risco como, por exemplo, se o fármaco é necessário numa situação de risco de vida para uma doença grave, para a qual agentes mais seguros não podem ser usados ou não são eficazes. Por fim, na categoria X, estudos em animais e seres humanos demonstraram anomalias fetais, evidência de risco fetal baseada em experiência em humanos, ou ambos. O risco de uso do fármaco em mulheres grávidas neste caso está claramente acima do possível benefício. O fármaco é contraindicado em mulheres que estão ou podem ficar grávidas^(6, 10).

Métodos

Estudo exploratório e descritivo de abordagem quantitativa com delineamento transversal, não experimental. A amostra foi composta por 100 gestantes, usuárias do Sistema Único de Saúde, cadastradas em Unidades de Saúde que ofereciam

assistência pré-natal por profissionais médicos e enfermeiros no município de Rondonópolis, MT.

Foram incluídas na pesquisa gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, em qualquer período gestacional, cadastradas no SISPRENATAL e que aceitaram participar do estudo.

A coleta de dados foi realizada entre agosto de 2012 e março de 2013, por meio da aplicação de questionário individual, composto por perguntas abertas e fechadas que faziam referência às condições sociodemográficas, história pregressa, gestação atual e uso de medicamentos.

O desenvolvimento desta pesquisa iniciou-se após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer número 54502/2012, em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Aquelas que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados obtidos foram calculados e tabulados com a utilização do *Microsoft Office Excel 2007*.

Resultados e Discussão

Características sociodemográficas e histórico obstétrico

Das gestantes entrevistadas, 80% encontravam-se na faixa etária entre 18 e 30 anos, 42% em união estável, 46% tinham ensino médio completo, a maioria não exercia atividade remunerada (62%) e possuía renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (56%). O histórico obstétrico mostrou que 33% das gestantes estavam na primeira gestação e que 85% das mulheres iniciaram o pré-natal ainda no primeiro trimestre gestacional. No momento da coleta de dados 15% das mulheres encontravam-se no primeiro trimestre, 37% no segundo e 48% no terceiro.

Uso de medicamentos durante a gestação

A tabela 1 mostra os medicamentos utilizados por trimestre de gestação. Observa-se que dos 34 medicamentos adquiridos com prescrição, 76% foram durante o primeiro trimestre, 56% no segundo e 6% no terceiro trimestre. Dos 12 tipos de medicamentos utilizados sem indicação médica, 75% foram durante o primeiro trimestre, 42% no segundo e

8% no terceiro. É importante ressaltar que alguns medicamentos foram citados como utilizados em mais de um trimestre, gerando essa porcentagem.

A automedicação é a última escolha das gestantes, mas quando utilizada, ocorre no início da gravidez, antes mesmo de saber que está grávida. Assim, é esperado que no primeiro trimestre a prática da automedicação reduza após a primeira consulta de pré-natal⁽⁴⁾.

Quando se trata de medicamentos usados no primeiro trimestre o resultado torna-se preocupante, pois este é um período crítico, sendo o desenvolvimento embrionário mais suscetível à malformação fetal por efeitos teratogênicos, exigindo assim responsabilidade e cautela dos profissionais na hora de prescrever medicamentos⁽¹¹⁾. É válido ressaltar que não há, na literatura científica, informações suficientes em relação a dose que garanta eficácia e que seja suficiente para efeito esperado durante o período gestacional, pois ocorrem mudanças fisiológicas na gestante. Também não é exato até que ponto estas alterações influenciam na farmacocinética dos medicamentos, uma vez que diferentes fatores podem

interferir na distribuição das substâncias dos medicamentos⁽¹²⁾.

Quando questionadas sobre os medicamentos usados durante o período gestacional maioria das mulheres (92%) utilizaram ou estavam em uso de medicamentos prescritos pelo médico. Assim como, a maioria delas (80%), também respondeu não administrar medicamentos sem prescrição médica (Tabela 1 e 2). Tais resultados se assemelham aos estudos de Guerra et al. e Brum et al. que identificaram respectivamente a prevalência de 87,8% e 83,6% para o uso de medicamentos com indicação médica durante a gestação^(5, 13).

A tabela 02 mostra os medicamentos em uso durante o período gestacional, suas classes terapêuticas e classificação de risco de com acordo com a FDA. O total de medicamentos com prescrição médica usado pelas

gestantes foi de 34, sendo que os principais foram polivitamínicos e minerais (45%), ácido fólico (40%) e sulfato ferroso (34%). Logo após, surge paracetamol (23%), cefalexina (14%), brometo de N-Butilescopolamina (Buscopan) (12%), dimenidrinato (Dramin B6) (9%), brometo de N-Butilescopolamina + Paracetamol (BuscoDuo) (7%) e dipirona sódica (Dipirona) (6%).

Estudos apontam que os medicamentos mais utilizados durante a gestação foram: sulfato ferroso (31,03%), paracetamol (4,93%), brometo de escopolamina (4,93%), dimenidrinato (2,46%), metildopa (1,97%), dipirona (1,45%) e nistatina (antimicótico: 0,99%, antiinflamatórios: 1,45% antinfecioso: 0,99%)⁽⁴⁾.

Tabela 1 – Relação do total de medicamentos utilizados com e sem prescrição médica por trimestre

Medicamentos	Com Prescrição Médica				Sem Prescrição Médica			
	Total de utilizados	Trimestre			Total de utilizados	Trimestre		
		1°	2°	3°		1°	2°	3°
Acido Acetilsalicílico (AAS)	04	02	02	00	00	00	00	00
Acido Ascórbico (vitamina C)	00	00	00	00	01	01	00	00
Ácido fólico	40	35	05	00	00	00	00	00
Ambroxol	01	00	01	00	00	00	00	00

Brometo de Ipratrópio (Atrovent)	01	00	01	00	00	00	00	00
Brometo de N-Butilescopolamina (Buscopan)	12	10	02	00	04	04	00	00
Brometo de N-Butilescopolamina e Paracetamol (BuscoDuo)	07	05	02	00	00	00	00	00
Bromidrato de fenoterol (Berotec)	01	00	01	00	00	00	00	00
Cálcio	01	01	00	00	00	00	00	00
Castanha da Índia herbarium ****	01	00	01	00	00	00	00	00
Cefalexina	14	01	12	01	00	00	00	00
Citrato de Orfenadrina (Dorflex)	00	00	00	00	02	00	01	01
Cloridrato de Meclizina (Meclin)	03	03	00	00	00	00	00	00
Cloridrato de Metformina	01	01	00	00	00	00	00	00
Cloridrato de Metoclopramida (Plasil)	01	01	00	00	00	00	00	00
Cloridrato de Nafazolina (Sorine)	00	00	00	00	01	01	00	00
Cloridrato de Ondasetrona (Vonau)	01	01	00	00	00	00	00	00
Cloridrato de Ranitidina (Ranitidina)	02	02	00	00	00	00	00	00
Corticóide	00	00	00	00	01	00	01	00
Dicloridrato de Levocetirizina (Zina)	01	00	01	00	00	00	00	00
Dimenidrinato (Dramin B6)	09	07	02	00	01	00	01	00
Dipirona sódica (Dipirona)	06	02	04	00	04	01	03	00
Drospirenona e Etinilestradiol/Yasmin	01	01	00	00	00	00	00	00
Enoxaparina sódica	01	01	00	00	00	00	00	00
Espiramicina (Rovamicina)	01	01	00	00	00	00	00	00
Glicinato Férrico + Associações (Combiron)	01	01	00	00	00	00	00	00
Heparina sódica	01	00	01	00	00	00	00	00
Hidróxido Alumínio	00	00	00	00	02	02	00	00
Insulina Humana	03	03	00	00	00	00	00	00
Levotiroxina sódica (Puran T4, Euthyrox 75)	03	03	00	00	00	00	00	00
Materna	00	00	00	00	01	01	00	00
Metildopa	04	03	01	00	00	00	00	00
Metronidazol	01	01	00	00	00	00	00	00
Mizoprostol	00	00	00	00	01	01	00	00
Nistatina	01	00	01	00	00	00	00	00
Pantoprazol (Pantozol)	01	00	01	00	00	00	00	00
Paracetamol	23	14	09	00	06	03	03	00
Policresuleno, Cloridrato de cinchocaína (Proctyl)	01	01	00	00	00	00	00	00

Polivitamínico e Minerais (Materna, Suplevit, Natele e Damater)	45	37	07	01	00	00	00	00
Progesterona (Utrogestan)	04	04	00	00	00	00	00	00
Senna ou Cassia Occidentalis, Lineu (Fedegoso)	00	00	00	00	01	01	00	00
Sulfato Ferroso	34	31	03	00	00	00	00	00
TOTAL	231	172	57	02	25	15	09	01

Tabela 2 – Relação por classificação de risco dos medicamentos com prescrição médica

Classificação de risco	Classe Terapêutica	Princípio Ativo
A	Suplementos, Polivitamínicos e Mineral	Ácido fólico, Sulfato Ferroso, Polivitamínico e Minerais (Materna, Suplevit, Natele e Damater), Glicinato Férrico + Associações (Combiron) e Cálcio.
	Hormônio Tireoidiano	Levotiroxina sódica (Puran T4, Euthyrox 75)
	Antifúngico	Nistatina
	Antiemético	Dimenidrinato (Dramin B6), Cloridrato de Ondasetrona (Vonau) e Cloridrato de Metoclopramida (Plasil)
	Analgésico e Antipirético	Paracetamol
	Antiinflamatório não-esteroidal	
	Antiespasmódico e analgésico	Brometo de N-Butilescopolamina e Paracetamol (BuscoDuo)
B	Antiespasmódico	Brometo de N-Butilescopolamina (Buscopan)
	Antagonista dos receptores da H ₂	Cloridrato de Ranitidina
	Antibiótico	Cefalexina
	Anticoagulante	Enoxaparina sódica
	Hormônio Anti-diabético	Insulina Humana
	Hipoglicemiante oral	Cloridrato de Metformina
	Inibidor da Bomba de Prótons	Pantoprazol (Pantozol)
	Antimicrobiano	Metronidazol
	Broncodilatador	Bromidrato de fenoterol (Berotec) e Brometo de Ipratrópio (Atrovent)
	Anti-hipertensivo	Metildopa
C	Anti-histamínico	Cloridrato de Meclizina (Meclin)
	Anticoagulante	Heparina sódica
D	Analgésico e Antipirético	Acido Acetilsalicílico (AAS)
	Antiinflamatório não-esteroidal	
X	Hormônio Sexual	Progesterona (Utrogestan)
	Anticoncepcional hormonal	Drospirenona e Etinilestradiol/Yasmin
*	Analgésico e Antipirético	Dipirona

	Planta Medicinal	Castanha da Índia herbarium ****
	Anti-séptico, hemostático, anti-hemorroidário	Policresuleno, Cloridrato de cinchocaína (Proctyl)
**	Expectorante	Ambroxol
***	Antibiótico	Espiramicina (Rovamicina)
	Antialérgico	Dicloridrato de Levocetirizina (Zina)

Legenda de classificação de acordo com a classificação americana FDA: A – Sem evidência de risco, B – Ainda há estudos adequados em mulheres, estudos feitos em animais não apresentaram risco, C - Estudos realizados em animais evidenciaram alguns efeitos adversos para feto, D - Estudos revelam evidências de risco em humanos, usaram apenas se o benefício potencial justificar o risco potencial, X – Estudos comprovam que há anormalidades do feto ou evidências de risco para mesmo. Não usar em hipótese alguma, pois os riscos sobrepõem aos potenciais benefícios⁽⁶⁾.

* Não usar na gestação

** Evitar no Primeiro Trimestre da gestação.

*** Indicado para Toxoplasmose na Gravidez.

**** Medicação prescrita pelo médico, porém usuária recusou a terapia.

Os resultados evidenciaram um uso exacerbado de polivitamínicos, contudo, o consumo exagerado de preparações vitamínicas não mostra valor maior do que o uso de placebo. Em relação as vitaminas hidrossolúveis contidas nesses polivitamínicos, estudos apontam que apesar de não apresentar toxicidade, o uso prolongado de altas doses de retinol, piridoxina e vitamina D, pode causar efeitos adversos graves. No entanto, o alto percentual de ácido fólico durante as primeiras semanas de gestação, deve-se a uma conduta profilática contra o desenvolvimento dos defeitos do tubo neural⁽¹⁴⁾.

Observa-se também considerável porcentagem de usuárias de sulfato ferroso. No entanto, designa-se como conduta questionável a rotina pré-natalista dos profissionais de saúde em prescrever sulfato ferroso de forma disseminada não apenas como agente terapêutico, mas principalmente como profilático de anemia⁽¹³⁾.

Dos fármacos utilizados sem indicação médica, destaca-se o paracetamol (50% das mulheres), brometo de N-Butilescopolamina (Buscopan) (33,3%) e Dipirona (33,3%). Logo, a classe terapêutica mais utilizada sem prescrição médica foram os analgésicos/antipiréticos e antiespasmódicos com 16,6% entre os 12 tipos de medicamentos mais citados. As mesmas classes terapêuticas foram prevalentes em uma pesquisa bibliográfica cujo objetivo foi verificar o uso de medicamentos na gestação e correlaciona-lo com a assistência pré-natal⁽⁴⁾.

Quanto à classificação de risco para o feto, segundo as categorias propostas pelo FDA, dos 34 medicamentos citados com prescrição médica (Tabela 2), enquadram-se na categoria A 20%, na B 44%, na C e D 15% cada e na categoria X 3%. A pesquisa mostra bons resultados em relação a classificação de risco mais

indicada, bem como, alguns estudos realizados cujo maior percentual foi enquadrado também nas categorias A e B^(5, 15). Tais resultados mostram sensatez na escolha dos medicamentos que apresentam menor risco para a gestação, indicando responsabilidade no uso racional dos fármacos.

Na pesquisa apresentada, os antibióticos aparecem com 44,1%, sendo a cefalexina (classe B) a mais citada (41%). Este alto índice é justificado pelo fato da cefalexina ser o antibacteriano de preferência no tratamento de doenças bacterianas intercorrentes na gestação. Este fármaco apresenta alta toxicidade seletiva e pequeno potencial de toxicidade para a gestante e feto⁽¹⁰⁾. Por outro lado, algumas literaturas salientam que para o uso da cefalexina em gestantes, deve-se levar em consideração alguns estudos que mostram que as cefalosporinas podem causar um possível problema de coagulação do sangue decorrente da falta de protrombina (hipoprotrombinemias), aumentando o risco de sangramento nas gestantes⁽¹⁶⁾. É notório que as gestantes estão sujeitas às infecções, mas é bom lembrar que além da sensibilidade dos patógenos, deve-se levar em consideração o local da infecção, a farmacocinética do

antibiótico, os possíveis efeitos colaterais no feto e neonato. As infecções mais comuns durante a gestação são do geniturinário, e se não forem tratadas, podem atingir o feto, causando nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer, além de eclâmpsia, hipertensão, anemias e endometriose pós-parto. Portanto, nestes casos deve-se considerar o risco benefício⁽¹²⁾.

A progesterona na forma natural (classe D) foi citada por uma gestante. A mesma é utilizada no tratamento profilático de Parto Prematuro em pacientes com antecedente desta complicação ou naquelas que apresentam colo uterino curto no segundo trimestre de gestação. Entretanto, existe a necessidade de se realizar mais estudos para avaliar os benefícios e os efeitos adversos do tratamento com a progesterona, uma vez que quando utilizada em altas doses por via oral no terceiro trimestre, está associada a risco significativo de colestase⁽⁹⁾, podendo ocasionar morte ou sofrimento fetal e parto prematuro.

Dentre as categorias consumidas sem prescrição a que mais aparece é a C (33%) seguida pela B (25%), X (17%) e A (8%) (Tabela 3). Na categoria X com evidências de risco para feto, aparece os medicamentos Misoprostol e *Senna*

Occidentalis ou *Cassia Occidentalis*, *Lineu* conhecido como Fedegoso.

O misoprostol foi licenciado para tratamento de úlcera gástrica e duodenal em 1984, contudo, o seu efeito abortivo ganhou popularidade entre as mulheres brasileiras. Quando utilizado no período gestacional, este medicamento pode causar complicações como: abortos incompletos com risco de morbimortalidade materna e efeitos teratogênicos, com possíveis anomalias^(5, 17). Em relação ao *Senna Occidentalis* ou *Cassia Occidentalis*, *Lineu* conhecido fedegoso, não foi encontrado literaturas recentes sobre a incidência de seu uso durante a gestação. No Brasil, o Rio de Janeiro é o único estado brasileiro que possui proibição (Resolução nº 1757/2002) quanto à utilização de plantas medicinais por mulheres grávidas, quando os efeitos toxicológicos não foram investigados ou já estão comprovados, haja vista que essa prática representa a quarta causa de morte materna por complicações⁽¹⁸⁾.

A frequência e a dosagem administrada sem prescrição médica, relatadas pelas entrevistadas não ultrapassaram a posologia recomendada pela bula dos medicamentos usados. Apesar deste resultado parecer

satisfatório, deve-se considerar que todos os fármacos podem ser embriotóxicos sob determinadas condições de dose, estágio de desenvolvimento fetal e em espécie animal⁽¹²⁾.

Além dos fármacos utilizados, a partir dos questionários aplicados foi possível identificar os diversos motivos que levaram as gestantes a automedicação. A maioria das mulheres referiu mais de um motivo, sendo a cefaleia o fator predominante.

A automedicação é uma prática difundida em diversos países, inclusive no Brasil e se constitui com um dos principais problemas na gravidez, principalmente pelo desconhecimento das gestantes quanto aos riscos que esta prática acarreta⁽⁴⁾. Estudos afirmam que a gestante que recebe alguma prescrição, está mais sujeita a automedicar-se usando medicamentos de venda livre, fitoterápicos e plantas medicinais⁽⁵⁾. Neste contexto, o uso de medicamentos durante a gravidez deve ser considerado como um fato real e de grande relevância na área da saúde.

As mulheres entrevistadas foram também questionadas em relação à educação em saúde. Um número expressivo de 69% das gestantes afirmou ter recebido orientações durante

o pré-natal, dessas, 68% receberam orientações de médicos, 14% de médicos e enfermeiros, 4% de enfermeiros e 4% de outros (farmacêuticos e familiares). Estes resultados evidenciam a participação efetiva dos profissionais de saúde na orientação sobre os riscos da automedicação durante a gravidez, com maior participação médica. Isso pode ter sido influenciado o baixo índice de automedicação encontrado nesta pesquisa.

Cabe ressaltar que esta pesquisa foi realizada através da coleta de informações envolvendo a lembrança das mulheres, o que pode levar a subjetividade dos dados, pois, a recordação de fatos passados, de certa forma, pode não corresponder totalmente com a realidade. Assim, acredita-se que os dados coletados podem ter sido subestimados e alguns medicamentos não citados.

Conclusão

Com a realização deste estudo, foi possível conhecer os fármacos mais utilizados pelas gestantes (prescritos pelo médico ou não), identificar a prevalência e os principais motivos da automedicação, a frequência e dosagem dos medicamentos utilizados, bem

como, classificar os fármacos quanto às categorias de risco.

Apesar do baixo índice de automedicação encontrado nesta pesquisa, legitimado por estudos anteriores, nota-se que alguns dos medicamentos consumidos sem prescrição médica possuem evidências de risco fetal, de acordo com as categorias propostas pelo FDA. Somado a isso, a ocorrência da automedicação predominou no início da gravidez, período este crítico, devido ao risco de malformações vinculadas ao processo de desenvolvimento embrionário.

Dentre os fármacos utilizados sem indicação médica, as classes terapêuticas mais consumidas foram os analgésicos e antipiréticos, sendo a cefaleia o principal motivo relatado. Considerando que muitas mulheres praticam a automedicação antes da descoberta da gravidez, abordar esta temática no aconselhamento pré-concepcional, realizado nas unidades de saúde, torna-se uma medida preventiva relevante.

Com relação à classificação de risco para o feto das medicações prescritas por médicos, a pesquisa apresenta bons resultados, evidenciando sensatez na escolha dos medicamentos e responsabilidade no uso racional dos

fármacos. Apesar dos achados satisfatórios, é preciso considerar que muitos fármacos, inclusive as plantas medicinais, podem ser tóxicos, teratogênicos e abortivos sob determinadas condições de dose e período gestacional utilizado.

A pesquisa mostrou que o baixo índice de automedicação encontrado pode estar relacionado à prática educativa realizada por profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal, uma vez que a maioria das gestantes afirmou ter recebido orientações sobre os riscos da automedicação neste período.

Diante da tímida participação do profissional enfermeiro nas atividades educativas mencionadas e considerando o seu papel ativo no acompanhamento pré-natal de gestantes, é preciso ressaltar o importância de uma maior inserção deste profissional no processo educativo em saúde, assim como, dos demais membros da equipe multiprofissional.

Destarte, espera-se com este estudo subsidiar o planejamento das práticas educativas realizadas pela equipe de saúde, a criação de programas educativos que visam alertar a população sobre os riscos inerentes à automedicação e ao uso abusivo de

medicamentos, bem como fomentar novas investigações sobre a temática.

Referências

1. Rocha J. Interações medicamentosas. SD, [acesso em 2011 Nov 2]. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/29904052/1383272505/name/im40.pdf>.
2. Craig CR, Stitzel RE. Farmacologia moderna com aplicações clínicas. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.
3. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Boletim de Farmacovigilância nº 1, 2012. [Acesso em 2015 Abr 30]. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/fac881804bed0acd9451ddbc0f9d5b29/Farmaco+1.pdf?MOD=AJPERES>
4. Rodrigues AVP, Terrengui LCS. Uso de medicamentos durante a gravidez. Rev. Enferm. UNISA. 2006;7:9-14- [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em: <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2006-02.pdf>
5. Brum LFS, Pereira P, Felicetti LL, Silveira RD. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva. 2011;16(5):2435-2442- [acesso em 2015 Abr 30]. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n5/a12v16n5.pdf>

6. Geib LTC, Vargas Filho EF, Geib D, Mesquita DI, Nunes ML. Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. *Cad. Saúde Públ.* 2007;23(10):2351-2362- [acesso em 2014 Fev 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n10/10.pdf>.
7. Menezes MSS, Medeiros MM, Barbosa PBB, Ferreira AAA, Medeiros CACX. Uso de medicamentos por gestantes atendidas no Hospital da Polícia Militar – Mossoró/RN. *Rev. Bras. Farm.* 2014;95(1):512–529- [acesso em 2014 Fev 5]. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/RBFARMA--V95N1-2014-Full.pdf#page=102>.
8. Garcia SML, Fernández CG. *Embriologia*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001.
9. Yoshizaki CT, Bittar RE, Francisco RPV, Zugaib M. Progesterona para prevenção do parto prematuro. *Rev. Femina.* 2012;40(2)- [acesso em 2013 Set 26]. Disponível em: <http://www.files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2012/v40n2/a3096.pdf>.
10. Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.
11. Ribeiro NKR, Leite LLB, Pontes ZBVS. Estudo farmacoepidemiológico: o uso de medicamentos por gestantes. *Rev. Eletrônica de Farmácia.* 2013;10(1):16-26 [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/REF/article/view/19040>.
12. Del Fiol FS, Silva A. Uso de tetraciclina durante a gestação. *Cient. Ciênc. Biol. Saúde. Londrina,* 2005;7(1):55-58- [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em: <http://revista.unopar.br/biologicaesaude/revistaBiologicas/getArtigo?codigo=00000235>.
13. Guerra GCB, Silva AQB, França LB, Assunção PMC, Cabral RX, Ferreira AAA. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal - Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.* 2008;30(1):12-8- [acesso em 2014 Fev 5]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n1/a03v30n1>.
14. Brasil MS. Departamento de assistência farmacêutica e insumos estratégicos. formulário terapêutico nacional 2008: rename 2006. Brasília, 2008. [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2008.pdf.
15. Costa JM, Rocha LM, Santos CM, Abelha LL, Almeida KCA. Análise das prescrições medicamentosas em uma maternidade de Belo Horizonte e classificação de riscos na gestação e amamentação. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. São Paulo,* 2012;3(1):32-36- [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em:

<http://revistas.cff.org.br/seer/ojs-2.3.7/index.php/infarma/article/view/441>.

16. Furini AAC, Gomes AM, Silva CO, Vieira JKG, Silva VP, Atique TSC. Estudo de indicadores de prescrição, interações medicamentosas e classificação de risco ao feto em prescrições de gestantes da cidade de Mirassol – São Paulo. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl. 2009;30(2);211-216- [acesso em 2013 Set 2]. Disponível em: http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewFile/1073/827.

17. Mengue SS, Pizzol TSD. Misoprostol, aborto e malformações congênitas. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30(6):271-3- [acesso em 2015 Abr 30]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000600001&script=sci_arttext

18. Carvalho AG, Gomes JAL, Lemos VM, Oliveira TMF, Fonseca BTS, Esteves APVS. Conseqüências fisiopatológicas ao uso de abortifacientes durante a gestação. 2009, [acesso em 2013 Set 24]. Disponível em: <http://www.portaldoenfermeiro.com.br/site/artigos.aspxv>.

Sources of funding: No
Conflict of interest: No
Date of first submission: 2015-02-05
Last received: 2015-05-01
Accepted: 2015-05-15
Publishing: 2016-01-29