

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE E DO DESPORTO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

ANDRÉIA MOREIRA DE ANDRADE

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DA GESTAÇÃO E
DO PARTO EM PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE.**

RIO BRANCO - AC

2012

ANDRÉIA MOREIRA DE ANDRADE

**UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DURANTE O PERÍODO DA GESTAÇÃO E
DO PARTO EM PRIMIGESTAS NO MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Acre, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de Pesquisa: Processo Saúde-Doença:
Epidemiologia e Atenção a Saúde.

Orientadora: Prof. Dr^a. Simone Peruffo Opitz.

**RIO BRANCO - AC
2012**

SUMÁRIO

Lista de abreviaturas

Lista de tabelas

Lista de anexos

1 - Introdução.....	10
2 - Referencial teórico.....	13
2.1 - Os Medicamentos e a Gestação.....	13
2.1.1 - Farmacocinética dos medicamentos.....	13
2.1.2 - Teratogenicidade dos medicamentos.....	15
2.1.3 - Utilização de Medicamentos por Gestantes.....	17
2.2 - Uso de medicamentos no período de internação para o parto.....	18
2.3 - Estudos da Utilização de Medicamentos.....	20
2.4 - Sistemas de classificação de medicamentos.....	22
3 – Justificativa.....	26
4 – Objetivos.....	28
4.1 - Objetivo geral.....	28
4.2 – Objetivos específicos.....	28
5 – Metodologia.....	30
6 – Resultados.....	31
6.1 – Artigo 1 - Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no município de Rio Branco, Acre.....	32
Resumo.....	32
1 Introdução.....	33
2 Materiais e Métodos.....	34
2.1 - Delineamento e população de estudo.....	34
2.2 - Critérios de inclusão e exclusão.....	34
2.3 - Tamanho da amostra.....	34
2.4 - Variáveis de estudo.....	34
2.5 - Coleta de dados.....	35
2.6 - Análise dos dados.....	36
2.7 - Aspectos Éticos.....	36
3 Resultados.....	36

4 Discussão.....	43
5 Considerações Finais.....	46
6 Referências (Artigo 1).....	47
6.2 – Artigo 2 - Prevalência de uso de medicamentos no pré-parto, parto e pós-parto imediato em primigestas no município de Rio Branco, Acre.....	50
Resumo.....	50
1 Introdução.....	51
2 Materiais e Métodos.....	52
2.1 - Delineamento e população de estudo.....	52
2.2 - Critérios de inclusão e exclusão.....	52
2.3 - Tamanho da amostra.....	52
2.4 - Variáveis de estudo.....	52
2.5 - Coleta de dados.....	53
2.6 - Análise dos dados.....	53
2.7 - Aspectos Éticos.....	53
3 Resultados.....	53
4 Discussão.....	58
5 Considerações Finais.....	60
6 Referências (Artigo 2).....	61
7 – Considerações finais.....	64
8 – Referências da dissertação.....	66
9 – Anexos.....	70
Anexo 1: Partes utilizadas do instrumento de coleta de dados pós-parto imediato.....	71
Anexo 2: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	75
Anexo 3: Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	76

LISTA DE ABREVIATURAS

FDA	Food and Drugs Administration
EUM	Estudos de Utilização de Medicamentos
MS	Ministério da Saúde
IDR	Ingestão Diária Recomendada
OMS	Organização Mundial da Saúde
ECC	Ensaio Clínico Controlado
DURG	Drug Utilization Research Group
WHO	World Health Organization
EPhMRA	European Pharmaceutical Market Research Association
IPMRG	International Pharmaceutical Market Research Group
ATC	Anatomical-Therapeutic-Chemical
NMD	Norwegian Medicinal Depot
DDD	Dose Diária Definida
CGDUP	Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy

LISTA DE TABELAS

Artigo I

TABELA 1	Perfil das primigestas, segundo variáveis sociodemográficas, atendimento pré-natal, uso e aquisição de medicamentos e intercorrências na gestação. Rio Branco, Acre, Brasil, 2010.....	37
TABELA 2	Características gerais de uso de medicamentos durante a gestação por primigestas no município de Rio Branco, Acre, Brasil. 2010.....	38
TABELA 3	Distribuição do uso de medicamentos nos períodos gestacionais segundo a classificação ATC. Rio Branco, Acre, Brasil, 2010.....	39
TABELA 4	Razões de chance (RC) para uso de medicamentos de risco e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre. 2010. Análise bivariada.....	40
TABELA 5	Razões de chance ajustadas por regressão logística para uso de medicamentos de risco e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre, Brasil. 2010. Modelo final.....	41
TABELA 6	Razões de chance (RC) para uso de medicamentos essenciais e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre. 2010. Análise bivariada.....	42

Artigo II

TABELA 1	Distribuição de variáveis relacionadas às mulheres, internação, parto e uso de medicamentos. Rio Branco, Acre, 2010.....	54
TABELA 2	Distribuição do número de medicamento por período de internação, segundo tipo de prestação de serviço e o tipo de parto. Rio Branco, Acre, 2010.....	55
TABELA 3	Número de medicamento, razão de chances e seus respectivos intervalos de confiança para utilização de medicamentos por período de internação, segundo tipo de prestação de serviço. Rio Branco, Acre, 2010.....	56
TABELA 4	Número mínimo e máximo de medicamentos consumidos, média e IC 95%, nos diferentes períodos de internação hospitalar, por tipo de assistência ao parto e tipo de parto, Rio Branco, AC, 2010.....	56
TABELA 5	Distribuição dos medicamentos mais utilizados durante a internação hospitalar, segundo o tipo de parto, Rio Branco, AC, 2010.....	57

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I:	Partes utilizadas do instrumento de coleta de dados pós parto imediato.....	71
ANEXO II:	Termo de consentimento livre e esclarecido.....	75
ANEXO III:	Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	76

INTRODUÇÃO

1 - INTRODUÇÃO

As questões sobre a utilização de medicamentos durante a gestação e o parto têm despertado o interesse de diferentes profissionais, no sentido de investigar a saúde materno-infantil quanto ao uso seguro e racional dos medicamentos (BRASIL, 2010).

Garantir a segurança do uso de medicamentos em uma população é um desafio para os pesquisadores, e este desafio torna-se maior quando se trata de gestantes e parturientes, um grupo considerado especial, uma vez que, a “barreira placentária” não mais representa uma barreira efetiva (BRASIL, 2010).

Esbarra-se então, em um obstáculo que permeiam os cuidados com este “grupo especial”, a concepção de que o uso de medicamentos durante a gestação pode causar malefícios, uma vez que existe a limitação em se desenvolver estudos experimentais com este grupo de pacientes. Há de se considerar, que existe ainda a recusa generalizada e preconceituosa em prescrever medicamentos a mulheres que realmente necessitam, pois é mais fácil proibir tudo do que procurar adequar o tratamento às condições maternas. (RAMOS, et al., 2008)

Para dispensar um atendimento adequado às necessidades da gestante e do bebê é necessário que os profissionais de saúde detenham o conhecimento básico sobre a classificação de risco que determinados medicamentos se enquadram; o período gestacional considerado de maior risco para o consumo de medicamentos; se os metabólitos destes medicamentos são capazes de atravessar a barreira placentária ou serem encontrados no leite materno; e se é realmente necessário dispensar um tratamento medicamentoso (KOREN, 2011).

Diante de tais considerações, a *Food and Drugs Administration (FDA)* propôs uma classificação de risco com o intuito de estabelecer uma regulamentação adequada para normatizar e avaliar os medicamentos utilizados por gestantes, e eles foram agrupados de acordo com o risco de causar defeitos congênitos e outros efeitos na gestação. (STEINKELLNER, et al., 2010).

Estas ações propostas pela FDA, somada ao esforço dos profissionais de saúde para minimizar os riscos inerentes ao uso de medicamentos, tanto para a mãe quanto para o conceito, tem motivado a comunidade científica em investir mais em estudos farmacoepidemiológicos com ênfase nos períodos de gestação e do parto (GALVÃO, et al., 2004).

Diante disso, descrever o comportamento dos medicamentos no organismo materno-infantil durante a gestação e desenvolver estudos epidemiológicos abordando o uso destes medicamentos, são estratégias para contribuir com a formação do conhecimento e oferecer subsídios para que os profissionais possam tomar decisões seguras (GALVÃO, et al., 2004).

As autoridades sanitárias tem demonstrado um reconhecimento da necessidade de formulação e aplicação de políticas públicas tendo como base estudos epidemiológicos sobre a utilização de medicamentos (FHEITH, et al. 2008).

Sendo assim, esta investigação constitui um Estudo de Utilização de Medicamentos (EUM) e analisa o uso de medicamentos por mulheres primigestas durante o período da gestação e do parto. A revisão de literatura foi organizada em três partes: a primeira apresenta aspectos gerais sobre a utilização de medicamentos na gestação, incluindo a farmacocinética e a teratogenicidade dos mesmos; a segunda aborda questões sobre a prevalência do uso de medicamentos no período de internação para o parto; e a terceira sintetiza conceitos e parâmetros sobre Estudos de Utilização de Medicamentos, destacando a importância dos sistemas internacionais de classificação de medicamentos.

Os resultados são apresentados na forma de dois artigos científicos: o primeiro aborda os fatores associados ao uso de medicamentos na gestação e o segundo descreve prevalência de uso de medicamentos no pré-parto, parto e pós-parto imediato em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Os Medicamentos e a gestação

2.1.1. Farmacocinética dos medicamentos

Acreditava-se que o útero, em especial a placenta proporcionava intensa proteção ao feto, que funcionava como uma barreira, uma muralha, garantindo que nenhuma agressão do meio externo fosse capaz de atingir a integridade do conceito (BRASIL, 2010).

Atualmente, sabe-se que praticamente todas as substâncias farmacológicas são capazes de ultrapassar a barreira placentária e atingir o feto, algumas em maior grau do que outras. No entanto, este processo depende de alguns fatores como: propriedades físico-químicas do fármaco; velocidade e quantidade de ativo que atravessa a placenta; duração da exposição ao medicamento; características de distribuição nos tecidos fetais e estágio do desenvolvimento gestacional (STEINKELLNER, et al., 2010).

Analisar as considerações anteriores é uma das funções da Farmacocinética que se constitui como um dos ramos da farmacologia que define as características dos medicamentos, buscando como princípio básico o mecanismo de passagem desses medicamentos pelo organismo, não se prendendo aos sítios de ação, mas às etapas que se intercalam desde a absorção até a sua excreção (LESLIE, et al., 2007)..

A placenta assim como as demais membranas do organismo, possui uma composição capaz de estabelecer uma seletividade que depende da característica de lipossolubilidade dos medicamentos, ou seja, substâncias lipofílicas tendem a sofrer difusão rápida na placenta e penetrar na circulação fetal (KATZUNG, 2010). Esta seria uma propriedade característica do tiopental, um anestésico da classe dos barbitúricos, utilizado em casos de cesarianas, que é capaz de atravessar a placenta rapidamente e levar o recém-nascido a estados de sedação ou apnéia (LESLIE, et al., 2007). O cloridrato de ondansetrona é um exemplo de fármaco que atravessa a barreira placentária quando usado no primeiro trimestre de gravidez (BRASIL, 2010).

A placenta é dotada da capacidade de metabolização de alguns fármacos que a atravessam. Há de se considerar que alguns metabólitos podem ser mais ativos do que o composto original, constituindo assim, uma preocupação com o produto deste metabolismo que pode oferecer toxicidade ao conceito (KNOPPERT, 2011).

A velocidade de transferência e a quantidade de medicamento sofrem influencia do peso molecular, uma vez que, substâncias com peso molecular de 250-500 Da atravessam sem dificuldades a placenta, enquanto que as substâncias com peso acima de 1.000 Da, não

conseguem atravessar (KOREN, 2011). É com base neste conhecimento, que a heparina tornou-se o anticoagulante de escolha para utilização em possíveis complicações durante a gestação, pois o seu alto peso molecular e sua polaridade oferecem segurança ao concepto (KATZUNG, 2010).

Outro meio de garantir a segurança do concepto é a existência de transportadores placentários, e sua descoberta permitiu elucidar mecanismos de proteção do feto contra a ação de medicamentos. Como exemplo, temos a ação sobre a digoxina que é bombeada de volta à circulação materna por meio de uma proteína denominada P-glicoproteína (KATZUNG, 2010).

A capacidade de se ligarem às proteínas plasmáticas maternas, principalmente a albumina, é uma característica que faz com que substâncias como as sulfonamidas, a fenitoína e os anestésicos locais, não estejam disponíveis para transferência ao feto, constituindo assim, uma alternativa para prescrição médica durante a gestação (KNOPPERT, 2011).

Sendo assim, a decisão de prescrever um medicamento a gestante necessita de uma avaliação criteriosa quanto ao risco/benefício, uma vez que, as mulheres durante a gestação podem apresentar patologias prévias necessitando de terapêutica medicamentosa. Esta avaliação é importante uma vez que, a reação do concepto aos medicamentos é diferente, pois para eles as substâncias podem apresentar toxicidade mais elevada devido à permeabilidade aumentada da barreira hematoencefálica bem como a deficiente conjugação enzimática no fígado (DAL PIZZOL, 2006).

Torna-se importante considerar algumas alterações fisiológicas maternas que ocorrem durante a gestação e podem influenciar na farmacocinética dos medicamentos (LESLIE, et al., 2007). O tempo de esvaziamento gástrico na gestação é reduzido devido à ação da progesterona, esta alteração influencia o processo de absorção dos medicamentos de uso oral, fazendo com que o início do mecanismo de ação deles seja retardado (KNOPPERT, 2011). O aumento do débito cardíaco, dos níveis plasmáticos e do processo de filtração glomerular, faz com que altere a biodisponibilidade do medicamento, diminuindo sua concentração circulante (YANKOWITZ, 2004).

A gestação promove um ganho de peso e o excesso dessa gordura corporal, faz com que a utilização de medicamentos com características de lipossolubilidade, aumente seu processo de distribuição, sendo importante avaliar a utilização de medicamentos tais como a succinilcolina geralmente utilizada em cesarianas (KNOPPERT, 2011).

Devido ao aumento do fluxo sanguíneo nas gestantes, os medicamentos administrados pela via intramuscular, apresentam aceleração na absorção e no início da ação dos mesmos (YANKOWITZ, 2004).

2.1.2 Teratogenicidade dos medicamentos

Estudiosos de farmacologia propuseram uma área denominada Farmacoteratologia, um ramo destinado ao estudo de anomalias congênitas produzidas por uso de medicamentos durante o ciclo gestacional. Considera-se, no entanto, como um tipo especial de iatrogenia (FILHO, 2002)

Segundo Catalin e colaboradores (2009b), os teratógenos são definidos como: “agentes que alteram de forma irreversível o desenvolvimento estrutural ou funcional do embrião ou feto, e estes agentes podem ser de diversas naturezas ou origens”.

Algumas características são comuns aos agentes considerados teratógenos como: provocar más formações, indicando seletividade para determinado órgãos-alvo; exercer seus efeitos em determinado estágio do desenvolvimento embrionário ou fetal; apresentar uma incidência de teratogenicidade dose-dependente ou ser comprovado como agente teratógeno por meio de um modelo experimental animal. (SHEPARD; LEMIRE, 2004)

Cabe ressaltar, que existem períodos que são estabelecidos como critérios de criticidade para o uso de medicamentos (CATALIN, et al., 2009a). A preimplantação é o período que compreende a concepção e implantação, definido por alguns autores como janela gestacional. Neste período pode ocorrer alteração em um pequeno número de células, sem acarretar danos, assegurando a integridade ao embrião e a sobrevivência sem nenhum tipo de má-formação (CATALIN, et al., 2009b).

O período embrionário que se inicia na segunda semana após a concepção até a oitava semana de gestação é considerado como sendo o de vulnerabilidade máxima, por constituir o período em que a mulher muitas vezes desconhece a gestação e acaba se expondo ao agente teratogênico. Nesta fase, as alterações costumam ser de caráter morfológico (BRASIL, 2010).

O desenvolvimento fetal abrange da oitava semana até o final da gestação e apresenta-se como a fase de crescimento e desenvolvimento do concepto. Nesta fase, a vulnerabilidade apresenta-se menor que a anterior, pois a mulher tem conhecimento da gestação e há presença de alguns mecanismos de defesa do feto. As alterações ocorridas neste período são geralmente de caráter funcional (CATALIN, et al., 2009b).

A figura a seguir mostra um diagrama com os períodos críticos do desenvolvimento humano e as principais alterações que podem ocorrer:

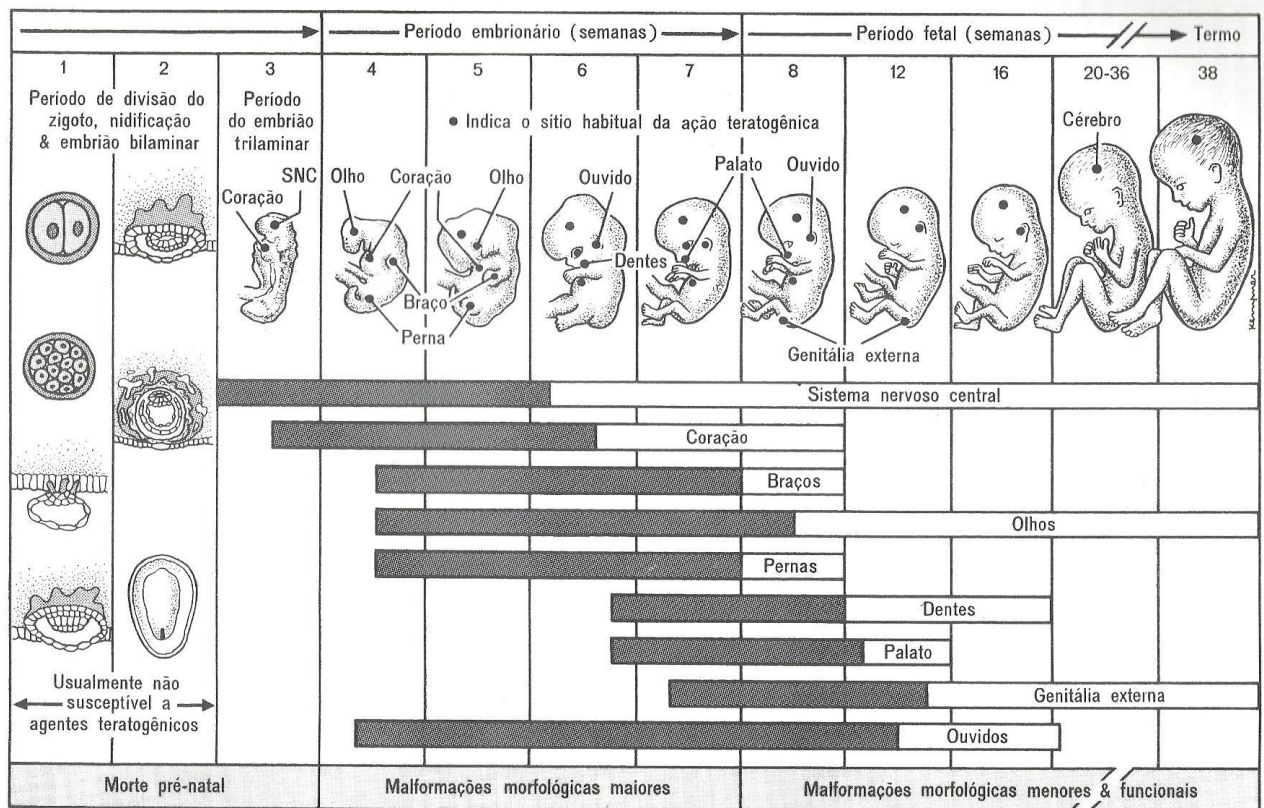


Figura: 1 – Diagrama esquemático dos períodos críticos do desenvolvimento humano.

Fonte: Moore KL: *The Developing Human: Clinically Oriented Embryology*, 4th ed. Saunders, 1988.

Alguns medicamentos possuem efeitos teratogênicos comprovados, em determinado período gestacional e estas informações são importantes, pois habilitam o prescritor a estabelecer uma terapêutica medicamentosa segura para a gestante e o concepto (GANDOLFI; ANDRADE, 2006).

Nesse contexto, não se pode deixar de citar o exemplo da talidomida, um fármaco introduzido no mercado farmacêutico em 1960, utilizado como sedativo e que provocou uma das maiores tragédias relacionadas a medicamentos e gestação. Mais de dez mil crianças em todo o mundo nasceram com uma má-formação congênita caracterizada pelo encurtamento dos ossos longos dos membros superiores e inferiores, com ausência total ou parcial das mãos, pés ou dos dedos (GANDOLFI; ANDRADE, 2006) Atualmente como consequência direta da prescrição e dispensação irracional e mal orientada, há uma segunda geração de “filhos da talidomida”, uma vez que este ainda constitui um medicamento de escolha para o tratamento da hanseníase e da AIDS (BRASIL, 2010).

Vale lembrar, também o relato de um grave acidente ocorrido com o uso do hormônio dietilestilbestrol (derivado estrogênico sintético) como inibidor do aborto, provocando casos raros de câncer de vagina nas filhas de mulheres que fizeram uso desse fármaco, após 20 anos de sua utilização (LAPORTE; TOGNONI, 1989). Em outro relato foi observado o uso do

diclofenaco, por uma gestante durante um período de cinco dias, duas semanas antes do parto, que causou no recém nascido hipertensão pulmonar severa com danos irreversíveis (ZENKER, 1998 apud CARMO, 2003, p. 56).

2.1.3. Utilização de medicamentos por gestantes

Alguns estudos evidenciam da utilização de medicamentos por gestantes. Na Índia, um estudo transversal descreveu que 8% das mulheres grávidas eram usuárias de terapêutica medicamentosa por serem portadoras de alguma doença crônica ou devido a complicações durante o período gestacional (SHARMA, et. al, 2006).

No Brasil, Mengue e colaboradores (2001) verificaram que 83,8% das gestantes estudadas em seis cidades, fizeram uso de pelo menos um tipo de medicamento. Maeda e Secoli (2008), em um estudo seccional realizado na cidade de São Paulo, relataram um consumo médio de 3,63 medicamentos por gestante, sendo o sulfato ferroso o mais utilizado seguido de antibióticos.

Os estudos acima relatam a utilização de medicamentos de uma forma geral, no entanto, o estudo de Dal Pizzol (2006) descreve a necessidade de agrupá-los segundo o uso profilático e terapêutico.

O uso profilático está relacionado à suplementação de vitaminas e minerais, evidenciado pela necessidade de ácido fólico no período pré-gestacional e pela demanda de sulfato ferroso, neste caso, recomendado no segundo trimestre gestacional para prevenção de quadros de anemia. Enquanto que, o uso terapêutico abrange o tratamento medicamentoso que se dá em decorrência de alguma complicação gestacional ou mediante a presença de doença crônica preexistente (DAL PIZZOL, 2006).

O Ministério da Saúde (MS) mediante o reconhecimento da importância da suplementação de vitaminas e minerais promoveu a política de pré-natal e puerpério que inclui como protocolo de atendimento à gestante, a necessidade da suplementação de ácido fólico e sais de ferro (BRASIL, 2006). As necessidades fisiológicas destes componentes durante o período gestacional dificilmente podem ser supridas através da dieta (GREENBERG; STACEY, 2011).

O ácido fólico atua como coenzima no metabolismo de aminoácidos, na síntese de DNA e RNA, é vital para a divisão celular e síntese proteica (BARBOSA, et al, 2011). A deficiências de ácido fólico na dieta podem levar a anemia e neuropatia periférica na gestante. Para o feto a suplementação com ácido fólico é capaz de reduzir o risco de defeitos do tubo neural; prevenir o risco de nascimento prematuro e cardiopatia congênita; e controlar o risco de ruptura da placenta (GREENBERG; STACEY, 2011).

Os sais de ferro são nutrientes essenciais que atuam principalmente na síntese dos glóbulos vermelhos do sangue e no transporte do oxigênio para todas as células do corpo. A suplementação deste mineral previne estados de anemia (BRASIL, 2006).

A anemia pode ser definida como um estado em que a concentração de hemoglobina no sangue está anormalmente baixa, em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais. Contudo, apesar da ausência de vários nutrientes contribuírem para a ocorrência de anemias carenciais como folatos, proteínas, vitamina B12 e cobre, indiscutivelmente o ferro é, dentre eles, o mais importante (GOONEWARDENE; SHEHATA, 2011). Embora amplamente utilizado e preconizado, algumas ponderações devem ser consideradas, uma vez que a literatura aponta para a melhora na anemia, porém questiona a qualidade metodológica da maioria dos ensaios clínicos realizados (DAL PIZZOL, 2006). Considera-se também os relatos que tendem para ocorrência de efeitos adversos gastrintestinais com uso de sais de ferro, o que faz com que as recomendações direcionem-se para utilização junto às refeições (GOONEWARDENE; SHEHATA, 2011).

Como alternativa para minimizar os efeitos do baixo consumo dietético, o MS determinou em 2002 a obrigatoriedade da adição de ferro (30% IDR ou 4,2mg/100g) e ácido fólico (70% IDR ou 150µg) nas farinhas de milho e trigo. Esta medida tem o objetivo de aumentar a disponibilidade de alimentos ricos em ferro e ácido fólico para a população brasileira e assim contribuir para a redução da prevalência de anemia e outras doenças carenciais (BARBOSA, et al, 2011).

2.2. Uso de medicamentos no período de internação para o parto

Historicamente, o acompanhamento do trabalho de parto e parto ocorria no ambiente domiciliar, no qual a mulher era assistida por outra mulher, geralmente uma parteira ou uma “aparadeira” de sua confiança, e apoiada pelos seus familiares (BARRETO, 2007). No século XX, mais expressivamente depois da Segunda Guerra Mundial, em nome da redução das elevadas taxas de mortalidade materna e infantil ocorreu a institucionalização do parto, passando do domicílio para o hospital, e conseqüentemente a sua medicalização (BRÜGGEMANN, et al., 2005).

O conhecimento a respeito do uso abusivo e indiscriminados de medicamentos durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto imediato, fez com que o MS se posicionasse a respeito, para tanto, o protocolo de atendimento à gestante na rede básica propõe que os profissionais de saúde dispensem uma atenção diferenciada à gestante e promovam uma

sensibilização das mesmas para que haja uma adesão ao parto normal, tipo de parto em que a utilização de medicamentos prevista é menor (BRASIL, 2006).

Um dos dez princípios fundamentais da atenção perinatal, recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS), indicam que parto normal *“Não deve ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias”*. Além disso, utilizam-se de mecanismos alternativos que possam reduzir entre outros problemas a utilização de medicamentos, sendo um destes mecanismos a presença do acompanhante, destaca-se que, *“Vários estudos científicos, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas”* (BRASIL, 2006).

Considerando a teratogenicidade e as intercorrências em decorrência da utilização de medicamentos durante o período gestacional, as autoridades sanitárias transformam este período em objetos de investigações e de preocupação, porém o mesmo não acontece com o período de internação para o parto (PERINI et al., 2005).

O traumatismo perineal e a incisão da cesariana são problemas que afetam muitas mulheres, no período pós-parto causando dor e desconforto. Nestes casos, estes eventos se constituem como intercorrências, sendo, portanto as principais causas de prescrição medicamentosa durante o período em que a mulher está internada (PERINI et al., 2005).

A busca em estabelecer rotinas e esclarecer a necessidade real de utilização de medicamentos, influenciou a decisão de desenvolver estudos experimentais conforme podemos citar o ensaio clínico randomizado duplo cego desenvolvido na Tailândia, que objetivou avaliar a eficácia do tramadol, para o tratamento da dor perineal, em comparação com o placebo. As mulheres foram avaliadas utilizando um escala de dor em períodos determinados. Não foi observado diferenças de medidas de efeito com significância estatística quando comparado o efeito analgésico do tramadol com o do placebo (SRIMAEKARAT, 2011).

Em outro estudo com o mesmo delineamento do anterior, o efeito do supositório de diclofenaco foi comparado a um placebo, também para o alívio da dor perineal, em que o diclofenaco se mostrou eficaz no alívio da dor pós-episiotomia, principalmente após 12 horas de administração (ACHARIYAPOTA; TITAPANT, 2008). Em 2009, Yildizhan e colaboradores, compararam o uso de diclofenaco e indometacina, os dois medicamentos

foram classificados como satisfatórios quanto ao alívio da dor, sendo que o uso de diclofenaco pode ser priorizado, pois é administrado em dose única, com custo reduzido.

É importante salientar que alguns relatos comprovam a ineficácia da anestesia local no alívio da dor em decorrência da lesão dos tecidos da região vulvoperineal seja por episiotomia ou roturas, o que indica a necessidade da intervenção farmacológica com analgésicos (HASEGAWA, J; LEVENTHA, LC, 2009)

Em estudo realizado por Perini e colaboradores (2005), na cidade de Belo Horizonte, em uma maternidade pública e outra particular, verificou-se que o período médio de hospitalização para o parto é 2,2 dias menor nas maternidades particulares; mais da metade dos partos são cesáreos e 64,5% destes foram realizados na rede particular. A anestesia peridural foi administrada em 72,8% dos casos e a local em 22,4%. Todas as mulheres foram medicadas, com no mínimo 3 e no máximo 19 fármacos diferentes. O consumo médio, apresentou-se maior na maternidade particular com média de 8,5 medicamentos por mulher. Dentre as classes de medicamentos mais consumidas encontra-se os anti-inflamatórios não-esteróide mono-fármaco e duas associações em doses com intervalos fixos contendo dipirona, anestésicos locais, hipnoanalgésicos, ocitócicos, antibióticos, antieméticos e antianêmicos.

Existem relatos de que a utilização de medicamentos durante o trabalho de parto e parto podem causar efeitos adversos nestes processos ou no neonato. O uso de anti-inflamatórios não esteroides que podem provocar hipertensão arterial pulmonar com fechamento prematuro do ducto arterial promovendo atraso no início e aumento na duração do trabalho de parto, outro aspecto relevante é a administração do o cloridrato de clorpromazina, utilizado no alívio da inquietação e apreensão antes das cirurgias, que pode provocar síndrome de abstinência, como tremor e vômitos, no neonato (BRASIL, 2006).

2.3. Estudos da utilização de medicamentos

As propriedades terapêuticas dos medicamentos são reconhecidas desde a antiguidade, no entanto não eram abordados sistematicamente. A segurança, a eficácia, os benefícios entre outros aspectos, trazem uma transformação no conceito de medicamentos, pois este passa a ser visto como um elemento problemático, e não apenas como um agente terapêutico (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

O conhecimento em relação aos riscos inerentes ao uso dos fármacos tornou-se mais visível, após morte de 107 pessoas, em 1937, nos Estados Unidos, por falência renal em consequência do uso de um elixir de sulfanilamida, que na época foi utilizado para tratar

infecção de garganta entre outras patologias, sendo utilizado como veículo, o dietilenoglicol, produto tóxico ao organismo humano (PERINI, 2003).

Com o aparecimento dos eventos indesejáveis durante a terapêutica, a farmacologia clínica evoluiu e passa a questionar seus próprios métodos de avaliação. Desde os anos 50, a prática médica vem empregando o ensaio clínico controlado (ECC) como padrão ouro do processo de avaliação de um medicamento (OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

A incorporação dos métodos epidemiológicos para estudar e mensurar os eventos medicamento-mediados que ocorrem nas populações, promoveu-se a interseção entre a farmacologia clínica e a epidemiologia. Surgindo assim, a farmacoepidemiologia, ciência constituída por duas grandes áreas: os estudos dos eventos adversos ou benefícios decorrentes do uso de medicamentos através de estudos controlados e os EUM (CARMO; NITRINI, 2004).

Em 1966 e 1967, Arthur Engel e Pieter Siderius desenvolveram o primeiro estudo comparativo internacional de utilização de medicamentos. Eles compararam um informe sobre o uso de medicamentos em seis países, e apesar de terem aplicado métodos rudimentares, constataram relevantes diferenças nos padrões de uso. Os resultados desta comparação foram apresentados em uma reunião em Oslo em 1968, composta por pesquisadores interessados nos aspectos sociais e culturais do uso de medicamentos. Nos anos 70, como continuação da reunião de Oslo, se constitui o *Drug Utilization Research Group* (DURG), um grupo multidisciplinar interessado na investigação e em estudos relacionados ao uso de medicamentos (CAPELLÀ; LAPORTE, 1993).

A nova Farmacoepidemiologia pode concentrar-se no medicamento investigando bioequivalência, biodisponibilidade, efeito dose-resposta; no médico, avaliando a qualidade e a eficácia da prescrição; e no paciente buscando avaliar a seleção do medicamento e da dose, compatibilizando-a com a função renal, com o uso de outras substâncias, com efeitos metabólicos relacionados ao fenótipo ou genótipo do indivíduo, idade, sexo entre outros (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O Estudo da Utilização de Medicamentos (EUM) foi definido em 1977, pela (OMS), e representa apenas um ramo da farmacoepidemiologia que se destina ao “acompanhamento da comercialização, distribuição, prescrição, dispensação e uso dos medicamentos em uma sociedade, com especial enfoque em suas consequências sanitárias, sociais e econômicas”. A avaliação da qualidade da prescrição dos medicamentos pode definir estratégias para a redução da quantidade e da intensidade dos efeitos indesejáveis provocados por interações medicamentosas e outros problemas relacionados ao uso de medicamentos. A análise da

prescrição médica representa uma das possíveis fontes de informação sobre o consumo de medicamentos e seus problemas (BITTENCOURT et al., 2004).

O critério para que os medicamentos sejam introduzidos no mercado é a submissão dos mesmos a estudos experimentais, estes estudos não refletem exatamente como o uso destes fármacos afetará a saúde da população, pois são estruturados com número limitado de pacientes, em um curto período de segmento e submetido a condições controladas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Neste sentido, os EUM aparecem como estratégia para avaliar a eficácia e segurança dos medicamentos, pois ao contrário dos estudos experimentais utiliza-se de populações grandes, heterogêneas e o acompanhamento acontece por períodos mais longos. A definição dos padrões de utilização dos medicamentos oferecem ainda, sinais precoces do uso irracional de medicamentos, da inadequação de doses prescritas, das informações incorretas, possibilitando intervenções para melhorar o uso dos fármacos e a qualidade dos mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

2.4. Sistemas de classificação de medicamentos

A necessidade de um sistema internacional único de classificação de medicamentos, tornou-se visível a partir do surgimento dos primeiros EUM. O sistema de classificação de fármacos representa uma visão comum, ou seja, uma linguagem para descrever a variedade de medicamentos em um país ou região e é um pré-requisito para comparações nacionais e internacionais de fármacos (CAPELLÀ; LAPORTE, 1993).

Os medicamentos podem ser classificados de distintas formas, segundo: seu sítio de atuação, de acordo com a categoria farmacoterapêutica, segundo a utilização nas enfermidades, por meio de categorias diagnósticas e de acordo com grupos químicos de formação (CAPELLÀ; LAPORTE, 1993).

O primeiro sistema de classificação terapêutica internacional foi definido segundo padrões anatômico-terapêuticos pela *European Pharmaceutical Market Research Association* (EPHRA) e pela *International Pharmaceutical Market Research Group* (IPMRG), e foi amplamente divulgado e utilizado por grupos de pesquisas na Europa e nos Estados Unidos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Com base neste estudo, surge na Noruega, nos anos 70, o sistema *Anatomical-Therapeutic-Chemical* (ATC), que foi desenvolvido e financiado pelo *Norwegian Medicinal Depot* (NMD) e adotado pelo *Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

A ATC é utilizada, também, para classificar as reações adversas a medicamentos, tendo como objetivo principal atuar como uma ferramenta para a apresentação de estatísticas de utilização de medicamentos, sendo recomendada pela OMS para comparações internacionais. Deve-se ressaltar que há diferenças técnicas entre a classificação EPhMRA e a classificação ATC e isto significa que, dados elaborados utilizando os dois sistemas de classificação não são diretamente comparáveis (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

O sistema de classificação ATC divide os medicamentos em grupos diferentes de acordo com o órgão ou sistema no qual atuam e de acordo com suas características químicas, farmacológicas e propriedades terapêuticas. Os fármacos estão classificadas em grupos que compõem cinco diferentes níveis. Os medicamentos estão divididos em 14 principais grupos (primeiro nível), com dois subgrupos terapêutico/farmacológico (segundo e terceiro níveis). O quarto nível é um subgrupo com classificação terapêutico/farmacológico/química e o quinto nível agrega uma classificação puramente química (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

No que se refere às dificuldades de padronização, em 1996, a OMS reconheceu a necessidade de desenvolver a ATC / DDD (dose diária definida) que é uma unidade de medida definida como a dose média de manutenção diária para determinado fármaco, na sua indicação principal, em adultos com peso de referência de 70 kg (OSÓRIO-DE-CASTRO, et al. 2004a).

Considerando que os sistemas de classificação de medicamentos representam uma ferramenta útil para subsidiar classificação dos medicamentos por categoria, a FDA adotou como critério a categoria de risco voltada para o uso de medicamentos durante a gestação (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2004b).

Sendo assim, uso de medicamentos durante a gestação tem sido uma prática evitada desde o acidente da talidomida e os estudos sobre a utilização de medicamentos durante este período têm mostrado variações expressivas na frequência de uso e de classes terapêuticas adotadas (MENGUE et al., 2001).

A gestante, assim como toda a população, está sujeita a intercorrências de saúde que muitas vezes necessita fazer uso de medicamentos, sejam eles prescritos ou por automedicação. A gestação compreende situação única, na qual a exposição a determinado medicamento envolve dois organismos (GOMES et al., 1999).

Apesar do estado gestacional ser caracterizado como uma condição natural não patológica, ele é percebido como um estado de vulnerabilidade e transmite um conceito de

que exposição a nenhum medicamentos durante a gestação é segura (OSÓRIO-DE-CASTRO et al., 2004a).

A ampla utilização indiscriminada e as dificuldades de conciliação de prescrições para gestantes que necessitavam de tratamento medicamentoso, impulsionou a *Food and drug Administration* (FDA), agência reguladora de medicamentos e alimentos dos Estados Unidos, a elaborar uma categorização, que descreve os riscos oferecidos pelos medicamentos a serem utilizados por mulheres durante o período de gestação. Estas indicações necessariamente devem ser incluídas em todas as bulas destinadas às gestantes (KNOPPERT, 2011).

De acordo com FDA, as cinco categorias são as seguintes:

- Categoria A: medicamentos para os quais não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados;
- Categoria B: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos cujos estudos com animais indicaram algum risco, mas que não foram comprovados em humanos em estudos devidamente controlados;
- Categoria C: medicamentos para os quais os estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, mas não existem estudos adequados em humanos e medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis;
- Categoria D: medicamentos para os quais a experiência de uso durante a gravidez mostrou associação com o aparecimento de más formações, mas que a relação risco-benefício pode ser avaliada;
- Categoria X: medicamentos associados com anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e ou cuja relação risco-benefício contra indica seu uso na gravidez (BRASIL, 2010).

A dificuldade ética de se realizar ensaios clínicos com gestantes e as dúvidas quanto aos riscos para o conceito, são argumentos que se contrastam com a necessidade de medicar mulheres grávidas. Neste sentido, que se destaca a importância de estudos epidemiológicos sobre a utilização de medicamentos os quais oferecem subsídios à prescrição dos mesmos (FACCINI et al., 2002).

JUSTIFICATIVA

3. JUSTIFICATIVA

O uso de medicamentos no período da gestação tem sido uma prática evitada desde o acidente da talidomida. Por outro lado, a gestação é acompanhada muitas vezes de intercorrências necessitando de intervenções medicamentosas, assim como pode ocorrer com o período de internação para o parto, que é um momento em o uso dos medicamentos é frequente.

A escassa produção científica com enfoque nos medicamentos utilizados na gestação, o déficit de conhecimento sobre os medicamentos utilizados no período de internação para o parto nas maternidades brasileiras, e a população de estudo ser primigestas, são aspectos que assumem grande relevância para o desenvolvimento de estudos como este, que investiga grupos considerados especiais, pois demandam atenção especial dos profissionais de saúde.

O desenvolvimento de estudos epidemiológicos com ênfase na investigação da utilização de medicamentos durante a gestação e parto, constituem estratégias que visam contribuir com a produção do conhecimento na região Norte e principalmente no Estado do Acre, que poderá oferecer subsídios para contribuir para a saúde materno-infantil e promover o uso racional de medicamentos.

OBJETIVOS

4. OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral

- Avaliar a utilização de medicamentos durante a gestação e o período de internação para o parto em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

4.2 - Objetivos Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das primigestas segundo o uso de medicamentos no período de gestação, parto e pós- parto imediato;
- Descrever o uso autorreferido na gestação e indicado durante o parto de medicamentos classificando-os segundo o sistema anatômico terapêutico químico (ATC) e sua categoria de risco;
- Analisar o perfil de medicamentos prescritos durante a permanência hospitalar para o parto;
- Estimar a prevalência do uso de medicamentos durante a gestação, parto e pós-parto imediato.
- Analisar a associação entre as variáveis socioeconômicas, demográficas, características maternas e o acesso às ações e serviços de saúde, com o uso de medicamentos durante o período da gestação, parto e pós-imediato.

METODOLOGIA

5 – METODOLOGIA

A presente dissertação foi estruturada sob forma de dois artigos, atendendo os objetivos específicos.

Artigo 1 - Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

Artigo 2 - Prevalência de uso de medicamentos no pré-parto, parto e pós-parto imediato em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

RESULTADOS

Artigo 1

Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

Andréia Moreira de Andrade¹

Simone Perufo Opitz¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Brasil.

Resumo

O medicamento é elemento importante na recuperação e manutenção dos padrões de saúde materno infantil, no entanto, é necessário considerar os riscos associados a seu uso. O objetivo deste estudo foi analisar a utilização de medicamentos por primigestas durante a gestação no município de Rio Branco. Trata-se de um estudo transversal que integra um projeto matriz sobre a saúde reprodutiva de 887 primigestas que se internaram para o parto nas duas maternidades do município, no período de fevereiro a julho de 2010. A coleta de dados se deu por entrevista e por consulta ao cartão de pré-natal. Os medicamentos foram classificados e a análise da associação foi realizada segundo variáveis sociodemográficas, assistência ao pré-natal e características maternas. A média de idade das gestantes foi 21 anos, 84,3% possuíam renda familiar inferior a cinco salários mínimos, 70% possuíam o ensino fundamental ou médio incompleto. A média do uso de medicamentos foi 2,15; os medicamentos mais consumidos foram os antianêmicos (53,5%), suplementos e vitaminas (21%) e antibióticos (11,9%). Quanto à categorização de risco, 69,3% pertenciam a categoria A; 22,3% a B; 7,6% a C e 0,8 a D. A chance de ter sido exposta a utilização de medicamentos de risco durante o período gestacional foi 2,06 (IC95% 1,24-3,42) maior entre as mulheres submetidas ao parto na unidade B, quando comparados aos partos realizados na unidade A. Pode-se observar que chance aumentou com a idade RC 2,78 (IC95% 0,55-2,24) para mulheres na faixa etária de 19 a 24 anos e RC 2,50 (IC95% 1,35-4,64) para as mulheres de 25 a 43 anos; com o aumento da escolaridade RC 1,53 (IC95% 0,66-3,54) para ensino fundamental a médio incompleto; RC 3,07 (IC95% 1,40-6,74) para médio completo e RC 2,51 (IC95% 1,09-5,76) para o ensino superior. A chance da utilização de medicamentos de risco aumentou quando analisada a presença da prescrição médica com RC 1,96 (IC95% 1,27-3,04), bem como quando verificado o número de consultas pré-natal maior ou igual a seis, apresentando uma razão de chances de 1,64 (IC95% 1,00-2,71). O conhecimento do perfil e dos padrões de utilização de medicamentos durante a gestação constituem ferramentas para o uso racional de medicamentos, contribuindo para a melhoria da qualidade da assistência materno-infantil.

Palavras-chave: Uso de medicamentos; gestação; farmacoepidemiologia; cuidado pré-natal.

1 - Introdução

A utilização de medicamentos no período da gestação tem sido alvo de discussões no tocante à segurança e de maneira geral tem sido empregada com restrições desde o acidente da talidomida¹. Por outro lado, a gestação é acompanhada muitas vezes de intercorrências necessitando de intervenções medicamentosas².

A dificuldade ética de se realizar ensaios clínicos com gestantes, as dúvidas quanto aos riscos para o conceito e a escassa produção científica são aspectos que assumem grande relevância para o desenvolvimento de estudos farmacoepidemiológicos com abordagem específica no período gestacional^{3,4}. É importante ressaltar a condição de primigesta como uma característica primordial para avaliação da utilização de medicamentos, pois representa para a gestante uma nova experiência².

No Brasil, os estudos de utilização de medicamentos revelam que a média de consumo é de dois medicamentos por gestante^{2,4,5,6,7,8}, fato que impulsiona iniciativas de pesquisas em nível local, na tentativa de descrever perfis de utilização e padrões de prescrição e de consumo⁶.

O *Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy* (CGDUP) com o intuito de descrever a utilização de medicamentos no período gestacional, realizou em 1992 um inquérito envolvendo 22 países, os resultados demonstraram que mesmo com variações nos hábitos de prescrição entre os países pesquisados, os suplementos antianêmicos e as vitaminas foram mais prescritos, porém partindo-se do ideal de que todas as gestantes necessitam de suplementação, o estudo aponta para um consumo aquém do desejado, uma vez que 14% das gestantes estudadas não utilizaram nenhum medicamento⁴.

Há que se considerar a relação entre o uso de medicamentos e o período gestacional, esta relação pode determinar tanto os benefícios quanto a teratogenicidade dos medicamentos quando administrados em gestantes. O primeiro trimestre de gestação (período de diferenciação embriológica) é considerado o estágio principal para utilização dos folatos e suplementos de ferro, por outro lado, é também o período onde ocorrem principalmente as más-formações congênitas quando algum medicamento com potencial teratogênico é utilizado. Nos outros períodos podem ocorrer danos fetais decorrentes de alterações na fisiologia materna, efeitos farmacológicos sobre o feto e interferência no desenvolvimento fetal^{1,3,4,5}.

Este trabalho teve como objetivo analisar a utilização de medicamentos durante a gestação por primigestas no município de Rio Branco, Acre, com o intuito de fornecer

subsídios para promover uma melhoria na assistência materno-infantil e no uso racional de medicamentos nesse grupo populacional.

2 - Material e Métodos

2.1 - Delineamento e população de estudo

Este estudo foi realizado na coorte de primigestas do município de Rio Branco Acre, como parte integrante de um projeto matriz denominado “Saúde reprodutiva das primigestas: análise de fatores relacionados ao tipo de parto”. Trata-se de um estudo transversal, tendo como população de estudo a coorte de todas as primigestas que gestaram e pariram em duas maternidades no município de Rio Branco, Acre, no período de 01 de fevereiro a 31 de julho de 2010.

2.2 - Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das participantes foram os seguintes: nuliparidade e domicílio na zona urbana de Rio Branco. A presença de distúrbio psiquiátrico que implicasse na impossibilidade de responder à entrevista foi adotada como critério de exclusão.

2.3 - Tamanho da amostra

O projeto matriz estimou o tamanho da população de estudo em 804 primigestas. Este número foi obtido utilizando os seguintes parâmetros: confiabilidade de 95%, poder de teste de 80% e uma razão de chances estimada de 2,0 para os fatores de exposição analisados. Considerando as estimativas de números de partos mensais e os critérios de inclusão adotados pelo projeto, estimou-se que este número amostral seria atingido com seis meses. No período de 01 de fevereiro a 31 de julho de 2010 o universo de mulheres que atenderam os critérios inclusão estabelecidos totalizou 887 primigestas que constituíram a população de estudo.

2.4 - Variáveis de estudo

As variáveis de interesse desse estudo foram: sociodemográficas (idade, cor da pele, renda familiar, escolaridade, situação conjugal); fatores relacionados de assistência ao pré-natal (SUS, convênio ou particular); variáveis referentes à utilização de medicamentos durante a gestação (nome e classe do medicamento, indicação para o uso, tipo de prescrição /indicação, trimestre gestacional que foram usados, fonte de financiamento para aquisição de medicamentos); características maternas (problemas de saúde preexistentes, intercorrências de saúde durante a gestação).

A classificação farmacológica dos medicamentos identificados foi realizada utilizando-se como base para o estudo, o segundo nível do sistema anatômico terapêutico

químico (ATC) da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹, e Categorização de risco de uso de medicamentos na gestação estabelecida pela *Food and drug Administration* (FDA)

A classificação farmacológica dos medicamentos identificados foi realizada utilizando-se como base para o estudo, o segundo nível do sistema anatômico terapêutico químico (ATC) da Organização Mundial de Saúde (OMS)⁹, e Categorização de risco de uso de medicamentos na gestação estabelecida pela *Food and drug Administration* (FDA), que adota cinco classificações: Categoria A: medicamentos para os quais não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados; Categoria B: medicamentos para os quais os estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) e medicamentos cujos estudos com animais indicaram algum risco, mas que não foram comprovados em humanos em estudos devidamente controlados; Categoria C: medicamentos para os quais os estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, mas não existem estudos adequados em humanos e medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis; Categoria D: medicamentos para os quais a experiência de uso durante a gravidez mostrou associação com o aparecimento de más formações, mas que a relação risco-benefício pode ser avaliada; Categoria X: medicamentos associados com anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e ou cuja relação risco-benefício contra indica seu uso na gravidez¹⁰. Para efeito deste estudo, foram considerados medicamentos de risco, os categorizados como C e D pelo FDA. Os medicamentos com uso preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) para profilaxia de doenças materno infantil foram denominados essenciais¹¹.

2.5 - Coleta de dados

Os dados foram coletados utilizando-se um questionário—com questões fechadas e semiabertas, constituído de diversos módulos. As entrevistas foram realizadas no interior das maternidades, no alojamento conjunto, sendo as puérperas abordadas cerca de 12 horas após o parto com a devida atenção por parte das entrevistadoras, de forma a preservar a recuperação do pós-parto imediato. As auxiliares de pesquisa durante o período da coleta dos dados trabalharam em regime de escalas e rodízio de trabalho, com o objetivo de contemplar todos os dias da semana em tempo integral. A aplicação deste instrumento possibilitou obter informações sobre o uso de medicamentos durante o período gestacional informada pela parturiente no momento da entrevista. Cumprindo com o procedimento padrão, após a entrevista com a parturiente no alojamento conjunto, as auxiliares de pesquisa foram até posto médico/enfermagem e coletaram dados do cartão de pré-natal.

Como mecanismo de controle para que não houvesse introdução de viés de informação, 180 mulheres foram revisitadas e reentrevistadas.

2.6 - Análise dos dados

Para caracterizar a população estudada foram realizadas as frequências absoluta (n) e relativa (%), e os resultados serão apresentados sob a forma de tabelas. Os dados foram duplamente digitados e a análise dos dados foi realizada utilizando-se o programa SPSS 13.0. Obteve-se como medida de frequência, a prevalência do uso de medicamentos e como medida de associação a *odds ratio*, para obtenção da *odds ratio* ajustada foi utilizado o modelo de regressão logística pelo método enter, considerando o nível de significância de 95%.

2.7 - Aspectos Éticos

Neste estudo foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução Nº196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob o protocolo nº 23107.005912/2009-21. Para todas as entrevistadas foi garantido o direito de não participação no estudo, bem como lhes foi assegurado o sigilo das informações coletadas.

3 - Resultados

A idade das gestantes variou de 13 anos a 43 anos, com média de 21 anos, sendo que mais de 50% destas gestantes tinham idade inferior a 20 anos. Destas, 80,7% declararam possuir cor de pele não branca, 84,3% possuíam renda familiar menor que cinco salários mínimos; em relação à escolaridade mais de 70% das gestantes possuíam o ensino fundamental ou médio incompleto e em relação ao estado civil, 76,3% relataram viver com o companheiro, sendo casada ou com união estável (Tabela1).

Das gestantes, 99,2% tiveram assistência ao pré-natal, sendo que 80% dos atendimentos foram realizados pela rede pública de saúde. Entre as participantes do estudo, mais de 70% iniciaram o pré-natal no decorrer do primeiro trimestre e mais de 50% delas conseguiram realizar entre 6 e 8 consultas de pré-natal.

Em relação à assistência farmacêutica, entre as gestantes que utilizaram medicamento, mais de 70% delas aviaram suas prescrições por meio dos serviços públicos de saúde, enquanto que as prescrições dos medicamentos foram realizadas pelo enfermeiro ou médico, com relato de apenas 1% de automedicação.

Tabela 1: Perfil das primigestas, segundo variáveis sociodemográficas, atendimento pré-natal, uso e aquisição de medicamentos e intercorrências na gestação. Rio Branco, Acre, Brasil, 2010.

VARIÁVEIS	TOTAL	
	n	%
Idade		
13 - 18 anos	320	36,1
19 - 24 anos	344	38,8
25 - 43 anos	223	25,1
Cor da pele autodeclarada		
Não Branca	716	80,7
Branca	171	19,3
Renda Familiar*		
Menos de 5 S.M	748	84,3
De 5 ou mais S.M	103	11,6
Escolaridade		
Fundamental incompleto	147	16,5
Fundamental a médio incompleto	271	30,6
Médio completo	279	31,5
Superior completo e incompleto	190	21,4
Situação conjugal*		
Com companheiro	667	76,3
Não tem companheiro	210	23,7
Unidade de realização do pré-natal*		
Pública	705	79,5
Privada	170	19,2
Data da 1º consulta pré-natal		
Não fez consulta	8	0,9
1º Trimestre	654	73,7
2º Trimestre	206	23,2
3º Trimestre	19	2,1
Número de consultas pré-natal		
0	7	0,8
1-5	275	31,0
6-8	447	50,4
> 8	158	17,8
Tipo de indicação/prescrição do medicamento*		
Médico	396	46,6
Enfermeiro	444	52,3
Automedicação	9	1,1
Tipo de aquisição do medicamento*		
Unidade de Saúde (SUS)	625	73,3
Desembolso direto	227	26,7
Presença de doença crônica/intercorrências na gestação**		
Inchaço nas pernas	605	36,8
Infecção urinária	489	29,8
Hipertensão	242	14,8
Perda involuntária de urina	226	13,8
Hemorragia	60	3,7
Sífilis	10	0,6
Diabetes	7	0,4
Malária	1	0,1

*Foram consideradas as recusas e a falta de informação.

** O número ultrapassa o total da amostra, pois considera-se a presença de um ou mais eventos por gestante.

Entre as intercorrências de saúde relatadas pelas participantes durante o período gestacional, podemos citar: inchaço nas pernas, infecção urinária, perda involuntária de urina, episódios de hemorragias. Foram detectados 10 casos de sífilis (0,6%) e um caso de malária (0,1%). As doenças crônicas autorreferidas foram: hipertensão arterial com 14,8% e diabetes com 0,4%. Das 887 mulheres entrevistadas, apenas 2,6% declararam não ter utilizado nenhum medicamento durante a gestação e 12,3% das gestantes utilizaram quatro ou mais medicamentos (Tabela 2). Quando os medicamentos utilizados foram classificados como essenciais e de risco observou-se que 6,1% das primigestas relataram não terem usado nenhum medicamento essencial e 31,3% somente um medicamento essencial durante a gestação (Tabela 2). Quanto ao grupo de medicamentos de risco 89,2% das primigestas referiram o não uso e 1,2% relataram terem utilizados dois ou mais. A análise efetuada adotando a categorização de risco para uso de medicamentos durante a gestação proposta pelo FDA, revelou que 69,3% pertenciam a categoria de risco A, 22,3% a categoria B, 7,6% a C, e apenas 9 (0,8%) foram classificados como pertencentes a categoria de risco D e nenhum na categoria X.

Tabela 2: Características gerais de uso de medicamentos durante a gestação por primigestas no município de Rio Branco, Acre, Brasil. 2010.

<i>VARIÁVEIS</i>	<i>TOTAL</i>	
	n	%
Nº de medicamentos consumidos (autorreferido)		
Nenhum medicamento	23	2,6
1	187	21,1
2	293	33,0
3	275	31,0
4 ou mais	109	12,3
Nº de medicamentos essenciais (autorreferido)		
Nenhum medicamento	23	2,6
Nenhum medicamento essencial	22	2,5
1	278	31,3
2	437	49,3
3	120	13,5
4 ou mais	7	0,8
Nº de medicamentos de risco		
Nenhum medicamento	23	2,6
Nenhum medicamento de risco	768	86,6
1	85	9,6
2 ou mais	11	1,2
Categoria de Risco FDA*		
Categoria A	844	69,3
Categoria B	271	22,3
Categoria C	93	7,6
Categoria D	9	0,8

* O número ultrapassa o total da amostra, pois considera-se a utilização de um ou mais medicamento por gestante.

Verificou-se o uso de 1.852 medicamentos, perfazendo uma média de 2,15 medicamentos por gestante. Entre os medicamentos mais utilizados estão os antianêmicos

com 53,5%, os suplementos e vitaminas 21%, seguido de antibióticos 11,9%. Foi relatado ainda, o uso de analgésicos em 2,3% das primigestas, seguidos dos antiespasmódicos 2,1%, anti-histamínicos 2,0%, antiácidos 1,7%, antieméticos 1,3% e anti-hipertensivos 1,2%. O primeiro trimestre concentrou o maior número de medicamentos, sendo que os antianêmicos, anti-histamínicos, antieméticos foram mais utilizados no primeiro trimestre; suplementos/vitaminas e analgésicos foram mais utilizados no segundo trimestre enquanto que antibióticos, antiácidos e anti-hipertensivos foram mais relatados no terceiro trimestre gestacional.

Tabela 3: Distribuição do uso de medicamentos nos períodos gestacionais segundo a classificação ATC. Rio Branco, Acre, Brasil, 2010.

Classificação da ATC	Trimestre de uso do medicamento				Total	
	1º(%)	2º (%)	3º (%)	Não lembra	n*	%
Antianêmicos	51,9	34,6	10,6	2,9	995	53,5
Suplementos/Vitaminas	34,1	42,3	20,5	3,1	390	21,0
Antibióticos	16,3	33,9	41,2	8,6	221	11,9
Analgésicos	23,3	30,2	27,9	18,6	43	2,3
Antiespasmódicos	26,3	26,3	26,3	21,1	38	2,1
Anti-histamínicos	59,5	18,9	5,4	16,2	37	2,0
Antiácidos	28,1	28,1	34,4	9,4	32	1,7
Antieméticos	68,2	13,6	13,6	4,6	22	1,3
Anti-hipertensivos	5,0	20,0	65,0	10,0	20	1,2
Vasodilatador periférico	35,7	14,3	35,8	14,2	14	0,7
Hormônios sexuais	81,8	9,1	9,1		11	0,5
Anti-infeccioso vaginal	12,5	12,5	75,0		8	0,4
Anti-inflamatórios		12,5	87,5		8	0,4
Outros	2,6	48,7	48,7		19	1,0
Total por trimestre	773	643	351	91	1858	100,0
Total (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* O número ultrapassa o total da amostra, pois considerou-se a utilização de um ou mais medicamento por gestante.

A tabela 4 apresenta a associação entre as variáveis socioeconômicas e demográficas, características maternas, acesso às ações e serviços de saúde com a utilização de medicamentos de risco pelas primigestas. Sendo assim, a chance de utilização de medicamentos de risco aumentou com a unidade hospitalar de realização do parto apresentando razões de chances de 2,06 (IC95% 1,24-3,42) para a Unidade B. Pode-se observar que aumentou também com a idade RC 2,78 (IC95% 0,55-2,24) para mulheres com idade de 19 a 24 anos e RC 2,50 (IC95% 1,35-4,64) para as mulheres de 25 a 43 anos.

A utilização de medicamentos de risco mostrou associação com o aumento da escolaridade RC 1,53 (IC95% 0,66-3,54) para ensino fundamental a médio incompleto; RC 3,07 (IC95% 1,40-6,74) para médio completo e RC 2,51 (IC95% 1,09-5,76) para o ensino superior. A chance da utilização de medicamentos de risco aumentou quando analisada a

presença da prescrição médica com RC 1,96 (IC95% 1,27-3,04), bem como quando verificado número de consultas pré-natal maior ou igual a 6, apresentando uma razão de chances de 1,64 (IC95% 1,00-2,71).

Tabela 4: Razões de chance (RC) para uso de medicamentos de risco e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre. 2010. Análise bivariada.

Variáveis	Uso de medicamentos de risco					
	Sim		Não		RC _{Bruta}	IC 95%
	n	%	n	%		
U.H de realização do parto						
A	21	21,9	290	36,7	1	
B	75	78,1	501	63,3	2,06	(1,24-3,42)
U.S. de realização do pré-natal*						
Pública	74	77,1	631	81,0	1	
Privada	22	22,9	148	19,0	1,268	(0,76-2,10)
Tipo de prestação de serviço no parto						
SUS	82	85,4	695	87,9	1	
Convênio	10	10,4	76	9,6	1,11	(0,55-2,24)
Particular	4	4,2	20	2,5	1,69	(0,56-5,08)
Idade da mãe						
13 - 18 anos	18	18,8	302	38,2	1	
19 - 24 anos	49	51,0	295	37,3	2,78	(1,58-4,89)
25 - 43 anos	29	30,2	194	24,5	2,50	(1,35-4,64)
Cor da pele autodeclarada						
Não Branca	72	75,0	644	81,4	1	
Branca	24	25,0	147	18,6	1,46	(0,89-2,39)
Renda Familiar*						
Menos de 5 S.M	78	83,0	670	88,5	1	
De 5 ou mais S.M	16	17,0	87	11,5	1,58	(0,88-2,82)
Escolaridade da mãe						
Fundamental incompleto	8	8,3	139	17,6	1	
Fundamental a médio incompleto	22	22,9	249	31,5	1,53	(0,66-3,54)
Médio completo	42	43,8	237	30,0	3,07	(1,40-6,74)
Superior completo e incompleto	24	25,0	166	21,0	2,51	(1,09-5,76)
Situação conjugal *						
Não tem companheiro	19	19,8	191	24,1	1	
Com companheiro	77	80,2	600	75,9	1,29	(0,76-2,18)
Tipo de prescrição do medicamento*						
Sem prescrição médica	37	38,5	416	55,2	1	
Com prescrição médica	59	61,5	337	44,8	1,96	(1,27-3,04)
Tipo de acesso ao medicamento*						
Desembolso direto	26	27,1	201	26,6	1	
Unidade de Saúde (SUS)	70	72,9	555	73,4	1,02	(0,63-1,65)
Doença crônica/intercorrências						
Sim	84	87,5	717	90,6	1	
Não	12	12,5	74	9,4	0,72	(0,37-1,38)
Número de consultas pré-natal						
0-5	22	22,9	260	32,9	1	
6 e mais	74	77,1	531	67,1	1,64	(1,00-2,71)

U.H. : unidade hospitalar - U.S: unidade de saúde.

*Foram consideradas as recusas e a falta de informação.

As seguintes variáveis: unidade de saúde de realização do pré-natal, tipo de prestação de serviços durante o parto, cor da pele autodeclarada, renda familiar, situação conjugal, tipo

de acesso ao medicamento e doenças crônicas preexistentes mostraram associação com o uso de medicamentos de risco, porém esta associação não foi estatisticamente significativa.

Na análise multivariada, permaneceram significantes a unidade de saúde de realização do parto, a idade materna e o tipo de indicação/prescrição do medicamento. A chance do uso de medicamentos de risco aumentou para maternidade B com RC 2,10 (IC95% 1,26-3,50); manteve-se associação com a idade materna RC 2,79 (IC95% 1,58-4,93) para 19 a 24 anos e RC 2,07 (IC95% 1,09-3,91) para 25 a 43 anos; observou-se o mesmo com a prescrição médica durante o período gestacional com RC 1,96 (IC95% 1,18-2,95) (Tabela 5).

Tabela 5: Razões de chance ajustadas por regressão logística para uso de medicamentos de risco e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre, Brasil. 2010. Modelo final.

<i>Variáveis</i>	<i>Sim</i>	<i>Não</i>	<i>Uso de medicamento de risco</i>			
			<i>OR (Bruta)</i>	<i>IC 95%</i>	<i>OR (Ajust)</i>	<i>IC 95%</i>
U.H de realização do parto						
A	21	290	1		1	
B	75	501	2,06	(1,24-3,42)	2,10	(1,26-3,50)
Idade da mãe						
13 - 18 anos	18	302	1		1	
19 - 24 anos	49	295	2,78	(1,58-4,89)	2,79	(1,58-4,93)
25 - 43 anos	29	194	2,50	(1,35-4,64)	2,07	(1,09-3,91)
Tipo de indicação/prescrição						
Sem prescrição médica	37	416	1		1	
Com prescrição médica	59	337	1,96	(1,27-3,04)	1,86	(1,18-2,95)

Considerando que a utilização de apenas um medicamento essencial não cumpre com o protocolo de atendimento à gestante, proposto pelo Ministério da Saúde em relação ao cuidado pré-natal, foi possível verificar que 36,41% das primigestas não utilizaram estes medicamentos em quantidades ideais. Os resultados apontam que tem chance 38% menor (RC 0,62 IC95% (0,46-0,84)) de ter sido exposta a utilização em quantidades ideais de medicamentos essenciais às mulheres que foram internadas na unidade de saúde B; 47% menor ter realizado o pré-natal na rede privada (RC 0,53 IC95% (0,38-0,74)); 33% menor (RC 0,67 IC95% (0,45-1,01)) ter utilizado o serviço privado para realização do parto e 37% menor possuir renda familiar superior a cinco salários mínimos (RC 0,63 IC95% (0,42-0,96)).

A utilização de medicamentos essenciais de forma ideal durante o pré-natal esteve associada positivamente com a idade RC 1,50 IC95% (1,08-2,07) para primigestas entre 19 e 24 anos; com a forma de aquisição destes medicamentos RC 2,03 IC95% (1,48-2,77) para mulheres que os conseguiram em unidade de saúde pública e com o número de consultas pré-

natal RC 1,78 IC95% (1,33-2,38) para gestantes que realizaram seis consultas ou mais (Tabela 6).

Tabela 6: Razões de chance (RC) para uso de medicamentos essenciais e variáveis sociodemográficas. Rio Branco, Acre. 2010. Análise bivariada.

Variáveis	Uso de medicamentos essenciais				RC _{Bruta}	IC 95%
	Sim		Não			
	n	%	n	%		
U.H de realização do parto						
A	219	38,8	92	28,5	1	
B	345	61,2	231	71,5	0,62	(0,46-0,84)
U.S. de realização do pré-natal*						
Pública	471	84,3	234	74,1	1	
Privada	88	15,7	82	25,9	0,53	(0,38-0,74)
Tipo de prestação de serviço no parto						
Pública	503	89,2	274	84,8	1	
Privada	61	10,8	49	15,2	0,67	(0,45-1,00)
Idade da mãe						
13 - 18 anos	195	34,6	125	38,7	1	
19 - 24 anos	241	42,7	103	31,9	1,50	(1,08-2,07)
25 - 43 anos	128	22,7	95	29,4	0,86	(0,61-1,22)
Cor da pele autodeclarada						
Branca	103	18,3	68	21,1	1	
Não Branca	461	81,7	255	78,9	1,194	(0,84-1,68)
Renda Familiar*						
Menos de 5 S.M	494	89,7	254	84,7	1	
De 5 ou mais S.M	57	10,3	46	15,3	0,63	(0,42-0,96)
Escolaridade da mãe						
Fundamental incompleto	89	15,8	58	18,0	1	
Fundamental a médio incompleto	170	30,1	101	31,3	1,09	(0,72-1,65)
Médio completo	190	33,7	89	27,6	1,39	(0,91-2,10)
Superior completo e incompleto	115	20,4	75	23,2	0,99	(0,64-1,55)
Situação conjugal *						
Não tem companheiro	132	23,4	78	24,1	1	
Com companheiro	432	76,6	245	75,9	1,04	(0,75-1,43)
Tipo de prescrição do medicamento*						
Sem prescrição médica	228	41,5	132	44,0	1	
Com prescrição médica	321	58,5	168	56,0	0,55	(0,42-0,74)
Tipo de acesso ao medicamento*						
Desembolso direto	432	78,4	108	35,9	1	
Unidade de Saúde (SUS)	119	21,6	193	64,1	2,03	(1,48-2,77)
Doença crônica/intercorrências						
Não	52	9,2	34	10,5	1	
Sim	512	90,8	289	89,5	1,15	(0,73-1,82)
Número de consultas pré-natal						
0-5	153	27,1	129	39,9	1	
6 e mais	411	72,9	194	60,1	1,78	(1,33-2,38)

U.H. : unidade hospitalar - U.S: unidade de saúde.

*Foram consideradas as recusas e a falta de informação.

4 - Discussão

Esta investigação consistiu em um estudo de base populacional realizado nas duas únicas maternidades responsáveis por captar e realizar os partos institucionalizados do município.

A média de medicamentos por primigestas neste estudo foi de 2,15, similar aos resultados de Osório-de-Castro e colaboradores em estudo realizado no Rio de Janeiro (2,03)⁴. Nos estudos de Guerra e colaboradores em Natal (2,4)⁶ e Furini e colaboradores em Mirassol (2,6)⁵ foram observadas médias pouco superiores e Maeda e Secoli em São Paulo, obtiveram uma média de 3,63⁷ medicamentos. É importante destacar que estes resultados foram observados em estudos com gestantes.

A análise categorizada do número de medicamento evidenciou a utilização de pelo menos um medicamento por 97,4% das gestantes. Em estudo de Osorio-de-Castro e colaboradores, verificou-se que 91,3% das mulheres no Rio de Janeiro utilizaram pelo menos um medicamento durante o período gestacional⁴; Mengue e colaboradores, apresentou a prevalência do uso de pelo menos um medicamento por 83,8% das gestantes, quando da análise de seis capitais brasileiras em 2004¹². Padrão semelhante foi encontrado em Natal 86,6%⁶ Em Piracicaba foi encontrada uma prevalência menor com apenas 44,7%¹.

O consumo geral de medicamentos, mostrou que assim como em outros estudos realizados no Brasil^{1,4,6,7,12,13} a suplementação com sais de ferro e ácido fólico é a utilização com maior prevalência atingindo 53,5% do total de medicamentos, o motivo que melhor justifica este dado é o de que o Ministério da Saúde por meio da política de pré-natal e puerpério incluiu estes medicamentos no protocolo de atendimento à gestante, com o intuito de reduzir quadro de anemia gestacional¹⁴. Essa conduta vem sendo questionada, uma vez que os benefícios da suplementação de ferro ainda não estão claramente definidos, e que este protocolo deveria ser destinado somente às mulheres que demonstrassem através de diagnóstico laboratorial a carência de ferro¹⁵. Os benefícios tanto para a gestante quanto para a formação do concepto, relacionados ao uso dos folatos encontram-se estabelecidos, sendo preconizada a utilização destes antes mesmo da concepção¹⁶, sendo assim, existe a limitação em afirmar o uso adequado, pois com os dados obtidos não é possível avaliar a utilização dos folatos antes da gestação, mas é possível verificar que o uso ainda encontra-se aquém do necessário.

Outros estudos já referiram à associação positiva entre a assistência no pré-natal e a utilização de medicamentos essenciais. Lunet et al.¹⁷, relataram que a chance de consumir

suplemento de folato foi duas vezes maior entre as gestantes portuguesas que realizaram um pré-natal adequado, quando comparada àquelas que não frequentaram o número de consultas adequado ao longo da gestação. Mezzomo e colaboradores¹⁸ em um estudo com gestantes de Pelotas (RS) relataram maior prevalência de suplementação com folato entre as que frequentaram sete ou mais consultas durante o pré-natal, relação similar à encontrada por este estudo.

O consumo insuficiente de medicamentos essenciais segundo este estudo pode estar relacionado ao tipo de acompanhamento pré-natal, em que a chance de consumir medicamentos essenciais foi menor entre primigestas que realizaram o pré-natal e o parto na rede privada, quando comparada àquelas que fizeram acompanhamento do pré-natal na rede pública. Já em Pelotas (RS), Mezzomo e colaboradores¹⁸, relataram que a suplementação com folato durante a gestação foi duas vezes maior entre mães que foram atendidas na rede privada de saúde durante o pré-natal.

Quando adotada a categorização de risco para uso durante a gestação proposta pelo FDA, apontou para um padrão de utilização semelhante ao observado outros estudos nacionais^{1,2,6,13} onde aparece categoria de risco A (menor risco), seguida da B, C e D. Em contrapartida, este estudo não encontrou evidências de utilização de medicamento classificado na categoria X (totalmente contraindicado), resultado observado por Hardy 7%¹³ nos Estados Unidos e por Sharma 5,71%² no Norte de Índia.

Este estudo adotou como medicamentos de risco os classificados nas categorias C e D. Verificou-se que a maioria dos fármacos utilizados pertencia às categorias de risco A e B (91,6%). Entretanto, não é desprezível o percentual de 8,4% dos medicamentos que pertenciam à categoria de risco C e D, na qual a segurança é incerta por não haver estudos controlados em humanos, e desta forma seria desejável um seguimento acurado destas primigestas. Observou-se também que 1,2% das mulheres utilizaram dois ou mais medicamentos de risco de forma concomitante ou associada e que 25% destes medicamentos de risco foram utilizados no primeiro trimestre gestacional revelando-se com achados preocupantes, tendo em vista que esse período é considerado o de maior risco de efeitos adversos fetais⁶.

A idade das primigestas apresentou uma amplitude de 13 a 43 anos, e quando analisamos o número médio de medicamentos de risco por idade categorizada apontam para uma tendência de aumento do número de medicamentos com o aumento da idade. Neste estudo a utilização de medicamentos de risco esteve associada ao aumento da idade e mesmo após a análise multivariada, esta associação se manteve. O perfil de utilização de

medicamentos de risco por primigestas de Rio Branco, acompanha o de vários outros estudos em outras cidades^{1,5,6,15,19}, que apontam associação positiva para maior idade, maior escolaridade, maior renda familiar, casadas e de cor de pele branca.

A análise da utilização de medicamentos de risco segundo unidade de saúde onde foi realizado o parto apontou associação positiva (RC 2,06) entre maternidade atendimento misto (particular e SUS comparada com a Maternidade exclusiva do SUS). Este achado remete às características dos serviços de atenção à saúde apontando para um diferencial entre os serviços público e privado¹⁹. Neste caso, a unidade de saúde B é a unidade que recebe todos os partos oriundos de convênios e particulares e que concentra também as primigestas que tiveram o acompanhamento do pré-natal em clínicas particulares. A análise multivariada manteve esta associação após o ajustamento.

Quanto à associação das variáveis sociodemográficas com o uso de medicamentos revelou uma associação positiva com maior idade, maior renda familiar, maior escolaridade, casadas e com acesso ao pré-natal e parto na rede privada. Estes resultados respaldam a hipótese de que a educação dá acesso à determinada formação profissional e, portanto, a um nível de renda elevado o que por sua vez facilita o acesso a diferentes condutas relacionadas à saúde.

Entre os problemas de saúde pública está o uso irracional de medicamentos²⁰. A racionalidade do uso é considerada pela Organização Mundial de Saúde como sendo a adequação da medicação às necessidades clínicas individuais, em doses ideais, oferecendo menor risco e menor custo ao paciente e à sociedade¹⁹. Embora o avanço da tecnologia na área farmacêutica tenha aumentado o consumo de medicamentos, colocando as indústrias farmacêuticas em destaque no mercado capitalista contemporâneo^{21,22,23}, principalmente em decorrência da automedicação, este estudo aponta o contrário. Assim como em Lorena²² e em Campinas²⁰, o percentual de automedicação foi extremamente baixo, e a utilização dos medicamentos de risco aparece associada ao acompanhamento médico e nos casos onde não houve a prescrição médica, a atenção foi dispensada pela equipe de enfermagem. Torna-se importante ressaltar que mesmo na análise multivariada a utilização de medicamentos de risco permaneceu com associação positiva em relação à prescrição médica. O maior número de consultas pré-natal também manteve-se associado à utilização de medicamentos de risco e a ausência de doenças crônicas ou intercorrências de saúde durante o período gestacional, foi considerada fator de proteção, quando associada ao uso destes medicamentos.

A pesquisa assim como todos os estudos que utiliza como instrumento de coleta de dados a entrevista, está sujeita a algumas limitações. A primeira limitação diz respeito ao viés

de memória, pois remete ao recordatório de um período relativamente longo, a gestação, e que quando conturbado ou com intercorrências deixa marcas e lembranças mais precisas, porém quando não há problemas, a utilização de medicamentos de forma esporádica pode não ter sido alvo de lembrança. Com o intuito de contornar esta limitação a entrevista foi realizada com perguntas abertas e fechadas e foram coletados também os dados do cartão de pré-natal da gestante.

Outra limitação a ser considerada é a abordagem, uma vez que ao serem entrevistadas elas viessem a ocultar alguma informação, pois a consciência de que a utilização de determinados medicamentos (como abortivos, por exemplo), bem como a automedicação durante o período gestacional são condutas perigosas e que a sociedade reprovava, poderia ter levado algumas mulheres a omitir o seu uso. Com o intuito de minimizar a introdução deste viés, a pesquisa investiu no treinamento das auxiliares de pesquisa e padronização dos procedimentos, de forma a transmitir segurança à entrevistada durante a abordagem no alojamento conjunto e preservar a integridade das mesmas.

Há de se considerar o conceito de medicamento na perspectiva da gestante, que pode ter levado algumas mulheres a não relatar o uso de os suplementos de sais de ferro, ácido fólico e vitaminas uma vez que por serem preconizados e de uso comum durante o período gestacional poderiam não ter sido considerados medicamentos. Esta limitação foi minimizada quando em um segundo momento buscou-se através de reentrevistas confirmar os dados relativos à utilização de medicamentos. Nesta oportunidade foi constatada a interpretação incorreta no conceito de medicamentos por parte das primigestas, que relataram entender que medicamentos seriam para combater algum tipo de doença e que vitaminas não eram medicamentos. Deve-se relatar também a impossibilidade de estabelecer a dose dos medicamentos em questão.

5 – Considerações finais

A gestação não constitui um estado de enfermidade, porém as gestantes constituem um grupo de risco quando se trata de inserção de tratamento farmacológico. Exceto em casos extremos, é possível compatibilizar as prescrições com as características do estágio gestacional, cabendo ao profissional de saúde, responsável pelo acompanhamento da gestante, ter o conhecimento necessário e optar sempre por medicamentos cujos benefícios superem os riscos e os mecanismos de ação estejam claramente definidos na literatura, embora haja a constatação da escassa produção científica, bem como as limitações na avaliação da segurança dos medicamentos pelos órgãos competentes.

Ao poder público cabe reconhecer os esforços das instituições de ensino e pesquisa em produzir evidências e conhecer o perfil e os padrões de utilização de medicamentos e adotá-los como ferramentas para inserção de políticas de saúde que visem à melhoria contínua da qualidade da assistência materno-infantil.

6 – Referências (Artigo 1)

- 1 - Thais-Carmo A, Sandra-Nitrini MOO . Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad. Saúde Pública*, 2004 Jul-Ago;20(4):1004-1013.
- 2 – Rashmi-Sharma, Bhuvneshvar-Kapoor, Ujala-Verma Drug utilization pattern during pregnancy in North India. *Indian J Med Sci*, 2006;60(7):277-287.
- 3 – Silvana-Leite N, Mônica-Vieira, Ana-Weber P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(Sup):793-802.
- 4 – Claudia-Osorio-de-Castro, GS, Francisco-Paumgarten, JR, Lynn-Silver, D. O uso de medicamentos na gravidez. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2004;9(4):987-996.
- 5 - 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):83-88.
- 6 – Gerlane-Guerra, CB, Artur-Silva, QB, Ludmila-França, B, Patrícia-Assunção, MC, Rafael-Cabral, X. Aurigena Antunes de Araújo Ferreira Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 2008;30(1):12-18.
- 7 – Sayuri-Maeda, T, Silvia-Secoli, R. Use and cost of medication in low risk pregnant women. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008;16(2):266-71.
- 8 – Lone-Holst, David-Wright, Svein-Haavik, Hedvig-Nordeng. The Use and the User of Herbal Remedies During Pregnancy. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*. 2009 Jul;15(7):787-792.
- 9 – David-Knoppert. Safety and efficacy of drugs in pregnancy. *J Popul Ther Clin Pharmacol*. 2011;18(3):506-512.

- 10 – Ruth-Law, Pina-Bozzo, Gideon-Koren, Adrienne-Einarson. Pregnancy risk categories and the CPS: do they help or are they a hindrance? *Canadian Family Physician*, 2010;56:239-241.
- 11 - Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010 – 2. ed. – Brasília, 2010.
- 12 – Sotero-Mengue, S, Eloir- Schenkel, P, Maria- Schmidt, I Bruce-Duncan, B. Fatores associados ao uso de medicamentos durante a gestação em seis cidades brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(6):1602-1608.
- 13 – Janet-Hardy R, Brian-Leaderer, P, Theodore-Holford, R, Gillian-Hall, C, Michael-Bracken B. Safety of medications prescribed before and during early pregnancy in a cohort of 81,975 mothers from the UK General Practice Research Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, 2006;15(8):555-64.
- 14 - Brasil. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2006.
- 15 - Sotero-Mengue, S, Eloir- Schenkel, P, Maria- Schmidt, I Bruce-Duncan, B Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública*, 2001;35(5):415-20.
- 16 – Lorena-Barbosa, Davianne-Ribeiro, Q, Flávio-Faria, C, Luciana-Nobre, N, Angelina-Lessa, C. Fatores associados ao uso de suplemento de ácido fólico durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obstet.*, 2011;33(9):246-51.
- 17 - Lunet N, Rodrigues T, Correia S, Barros H. Adequacy of prenatal care as a major determinant of folic acid, iron, and vitamin intake during pregnancy. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(5):1151-7.
- 18 - Mezzomo CLS, Garcias GL, Sclowitz ML, Sclowitz IT, Brum CB, Fontana T, et al. Prevenção de defeitos do tubo neural: prevalência do uso da suplementação de ácido fólico e fatores associados em gestantes na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(11):2716-26.
- 19 – Keila-Gomes, RO, Antonio-Moron F, Rebeca-Silva, S, Arnaldo-Siqueira, AF. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. *Rev. Saúde Pública*, 1999 Jul;33(3):246-54.

- 20 – Márcia-Fonseca, RCC, Edson-Fonseca, Gun-Mendes, B. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev. Saúde Pública*, 2002;36(2):205-12.
- 21 – Marcelo-Carvalho, F, Ana-Pascom, RP, Paulo-Souza, PBJ, Giseli-Damacena, N, Célia-Szwarcwald, L. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad. Saúde Pública*, 2005;21(Sup):100-108.
- 22 – Valeska-Fleith, D, Marco-Figueiredo, A, Karina Fernanda-Figueiredo, LRO, Erly-Moura, C. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2008;13(Sup):755-762.
- 23 – Trina-Blanco, N. Uso racional del medicamento. *Med Interna*, Caracas, 2008;25(1):3 – 1.

Artigo 2

Prevalência de uso de medicamentos no pré-parto, parto e pós-parto imediato em primigestas no município de Rio Branco, Acre.

Andréia Moreira de Andrade¹

Simone Perufo Opitz¹

¹ Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Brasil.

Resumo

A utilização de medicamentos no período do pré-parto, parto e pós-parto, apesar de constituir importante tema de saúde, permanece pouco investigada. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência do uso de medicamentos durante o período de internação para o parto de primigestas no município de Rio Branco, Acre. A pesquisa constitui um estudo transversal que integra um projeto sobre a saúde reprodutiva de 857 primigestas que se internaram para o parto nas duas maternidades do município. A coleta de dados ocorreu de fevereiro a julho de 2010 por meio de consulta ao prontuário das puérperas. No atendimento público predominou o parto normal com 56,2%, realizados sob anestesia local 49% e 5,1% das parturientes não receberam anestesia. No atendimento privado houve o predomínio do parto cesárea com 92,5% do total de partos sendo que 92,5% das mulheres foram submetidas à anestesia raquidiana/peridural. Foram prescritos 6058 medicamentos e identificados 63 princípios ativos diferentes, com média de 7,07 medicamentos por parturiente. A média de medicamentos consumidos no pré-parto foi menor entre as mulheres que tiveram parto cesárea com atendimento privado. A média de medicamentos utilizados nas mulheres submetidas à cesariana, foi duas vezes maior em relação às que tiveram parto normal. A análise da associação entre o número de medicamentos por período de internação e o tipo de atendimento, revelou que as primigestas têm chance 24% menor (OR 0,76 IC95% (0,50-1,16)) de ter sido expostas a utilização de pelo menos um medicamento e uma chance 88% (OR 0,12 IC95% (0,04-0,35)) menor de ter sido exposta a utilização de dois ou mais medicamentos no período pré-parto, quando o parto realizado com atendimento privado. O período pós-parto imediato revelou que as primigestas tem chance três vezes maior (OR 3,56 IC95% (1,25-10,1)) de ter sido exposta a utilização de cinco medicamentos ou mais quando o parto foi realizado com atendimento privado. Considerando-se os resultados obtidos esta investigação descreveu o perfil de utilização de medicamentos durante o período de internação para o parto, contribuindo para a elaboração de protocolos terapêuticos na prática obstétrica.

Palavras chave: pré-parto; parto; pós-parto; uso de medicamentos; cesárea.

1 - Introdução

A teratogenicidade e as intercorrências em decorrência da utilização de medicamentos durante o período gestacional, fez com que as autoridades sanitárias transformassem este período em objeto de investigações e de preocupação, porém o mesmo não acontece com o período de internação para o parto¹.

O uso abusivo e indiscriminados de medicamentos durante o pré-parto, o parto e o pós-parto imediato, fez com que o Ministério da Saúde (MS) se posicionasse a respeito, propondo o protocolo de atendimento à gestante na rede básica para que os profissionais de saúde dispensem uma atenção diferenciada à gestante e promovam uma sensibilização das mesmas para que haja uma adesão ao parto normal, tipo de parto em que a medicalização prevista é menor^{1,2}.

O traumatismo perineal e a incisão da cesariana são problemas que afetam muitas mulheres, no período pós-parto causando dor e desconforto. Nestes casos, estes eventos se constituem como intercorrências, sendo, portanto as principais causas de prescrição medicamentosa durante o período em que a mulher está internada^{1,3}.

A busca em estabelecer rotinas e esclarecer a necessidade real de utilização de medicamentos, influenciou a decisão de desenvolver estudos experimentais conforme podemos citar o ensaio clínico randomizado duplo cego desenvolvido na Tailândia, que objetivou avaliar a eficácia do Tramadol, para o tratamento da dor perineal, em comparação com o placebo. As mulheres foram avaliadas utilizando um escala de dor em períodos determinados. Tanto o Tramadol quanto o placebo, não apresentaram efeitos analgésicos estatisticamente significantes⁴.

Embora as intervenções médicas justifiquem a necessidade da terapia medicamentosa durante o parto e puerpério, existe a responsabilidade dos profissionais de saúde em avaliar se os benefícios superam os riscos, tanto para a parturiente quanto para a criança^{1,5,6}. Há de se considerar que ainda na maternidade, ou seja, no pós-parto, as mães iniciam o período de amamentação, o que torna preocupante a quantidade e a variedade das prescrições, visto que estudos apontam a interferência deste fator nas recomendações quanto ao aleitamento materno⁵.

Considerando a escassez de pesquisas com enfoque nos medicamentos utilizados durante a internação para o parto nas maternidades brasileiras, este estudo objetivou estimar a prevalência do uso de medicamentos durante o período de internação para o parto de primigestas no município de Rio Branco, Acre.

2 - Material e Métodos

2.1 - Delineamento e população de estudo

Trata-se de um estudo transversal, tendo como população de estudo a coorte de todas as primigestas em que o parto ocorreu nas maternidades do município de Rio Branco, Acre, durante o período de 01 de fevereiro a 31 de julho de 2010. Este estudo é parte integrante do projeto matriz denominado “Saúde reprodutiva e primigestas: análise de fatores relacionados ao tipo de parto”.

2.2 – Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão das participantes foram os seguintes: mulheres primigestas residentes na zona urbana de Rio Branco, enquanto que a presença de distúrbio psiquiátrico que implicasse na impossibilidade de responder à entrevista foi adotado como critério de exclusão.

2.3 - Tamanho da amostra

O projeto matriz estimou o tamanho da população de estudo em 804 primigestas. Este número foi obtido utilizando os seguintes parâmetros: confiabilidade de 95%, poder de teste de 80% e uma razão de chances estimada de 2,0 para os fatores de exposição analisados. No período de estudo foram consideradas elegíveis 887 mulheres das quais 30 (3,4%) foram consideradas perdidas devido à incompletude das informações.

2.4 - Variáveis de Estudo

Foram coletadas variáveis sociodemográficas (idade, cor da pele, renda familiar, escolaridade; situação conjugal); dados de assistência ao parto (SUS, convênio ou particular, período de internação); dados sobre a utilização de medicamentos durante o período de internação para o parto (nome e tipo de medicamento); características maternas (episiotomia e aminiotomia).

Os períodos de estudo foram padronizados da seguinte maneira: pré-parto, compreende o período de admissão à entrada no centro cirúrgico, ou sala operatória ou sala de parto; parto, agrega todos os medicamentos administrados no interior do centro cirúrgico ou sala operatória; pós-parto período compreendido do retorno ao alojamento conjunto à alta hospitalar.

O estudo foi desenvolvido em duas maternidades, em que a maternidade “A” realiza exclusivamente partos pelo o Sistema Único de Saúde (SUS), enquanto que Maternidade “B” atende as modalidades SUS, convênios e particulares. Esta investigação adotou a

denominação “atendimento público” para todos os partos realizados por intermédio do SUS, e “atendimento privado” para os partos realizados por meio de convênios ou particulares.

Com o intuito de descrever um perfil de consumo, nenhum medicamento foi excluído da análise, englobando aqueles de uso contínuo, vitaminas, sais de ferro e outros não diretamente envolvidos nos procedimentos do parto. Todos os medicamentos foram classificados pelo nome genérico em casos de monofármacos.

2.5 - Coleta de dados

As auxiliares de pesquisa durante o período da coleta de dados trabalharam em regime de escalas e rodízio de trabalho, de modo a não haver sobrecarga, e assim a contemplar todos os dias da semana. Foi estabelecido um procedimento padrão em que as auxiliares de pesquisa deveriam se dirigir até posto médico/enfermagem e coletar os dados constantes do prontuário médico da puérpera. Os dados relacionados aos medicamentos foram coletados utilizando-se um formulário, a partir da cópia da prescrição médica.

2.6 - Análise dos dados:

Foram realizadas frequências absoluta (n) e relativa (%), e os resultados estão apresentados sob a forma de tabelas. A análise dos dados foi realizada utilizando o programa SPSS 13.0. Foi obtida como medida de frequência, a prevalência do uso de medicamentos e como medida de associação a *odds ratio*. Para obtenção da *odds ratio* ajustada foi utilizado o modelo de regressão logística pelo método enter, considerando o nível de significância de 95%.

2.7 - Aspectos Éticos

Neste estudo foram observados os princípios éticos, de acordo com a Resolução N° 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto matriz foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Acre sob o protocolo nº 23107.005912/2009-21. Para todas as entrevistadas foi garantido o direito de não participação no estudo, bem como lhes foi assegurado o sigilo das informações coletadas.

3 - Resultados

A amostra foi composta por 857 primigestas com idade entre 13 e 43 anos, cujos partos foram realizados em duas maternidades na cidade de Rio Branco, Acre. As mulheres que receberam atendimento no serviço público (80,5%) tinham idade inferior a 25 anos, de cor de pele declarada não branca, sendo que 93% delas possuíam renda familiar inferior a cinco salários mínimos e escolaridade variando entre fundamental e médio incompleto, a maioria destas mulheres viviam com companheiro (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição de variáveis relacionadas às mulheres, internação, parto e uso de medicamentos. Rio Branco, Acre, 2010.

Variáveis	Total		Tipo de atendimento				p
	n	%	Público		Privado		
			N	%	n	%	
Idade*							
13 - 18 anos	309	36,3	300	40,2	9	8,5	< 0,001
19 - 24 anos	331	38,8	301	40,3	30	28,3	
25 - 43 anos	212	24,9	145	19,4	67	63,2	
Cor da pele autodeclarada*							
Branca	164	19,2	122	16,4	42	39,6	< 0,001
Não Branca	689	80,4	624	83,6	64	60,4	
Renda Familiar *							
Menos de 5 S.M	718	87,8	665	93,0	52	51,0	< 0,001
De 5 ou mais S.M	100	12,2	50	7,0	50	49,0	
Escolaridade*							
Fundamental incompleto	140	16,4	138	18,5	2	1,9	< 0,001
Fundamental a médio incompleto	265	31,1	257	34,5	7	6,6	
Médio completo	264	30,9	246	33,0	18	17,0	
Superior completo e incompleto	184	21,6	105	14,1	79	74,5	
Situação conjugal*							
Com companheiro	650	76,2	554	74,3	95	89,6	< 0,001
Não tem companheiro	203	23,7	192	25,7	11	10,4	
Tipo de parto							
Normal	427	50,1	419	56,2	8	7,5	< 0,001
Cesárea	425	49,9	327	43,8	98	92,5	
Tipo de anestesia							
Não tomou anestesia	38	4,4	38	5,1	0	0,0	< 0,001
Raqui / Peridural	437	51,2	336	45,2	98	92,5	
Local	374	43,8	364	49,0	8	7,5	
Geral	5	0,6	5	0,7	0	0,0	
Tempo de internação							
Até 47 horas	528	61,6	451	60,5	74	69,8	0,062
De 48 a 72 horas	250	29,2	220	29,5	28	26,4	
Mais de 72 horas	79	9,2	75	10,1	4	3,8	
Aminiotomia							
Sim	47	5,5	45	6,1	2	1,9	0,079
Não	805	94,5	697	93,9	104	98,1	
Episiotomia							
Sim	357	41,9	350	47,1	6	5,7	< 0,001
Não	496	58,1	393	52,9	100	94,3	
Uso de medicamento no pré-parto							
Nenhum medicamento	320	37,3	266	35,7	53	50,0	< 0,001
1	374	43,6	322	43,2	49	46,2	
2 ou mais	163	19,0	158	21,2	4	3,8	
Uso de medicamento no parto							
Nenhum medicamento	10	1,2	10	1,3	1	0,9	< 0,001
1	364	42,5	289	38,7	71	67,0	
2 ou mais	483	56,4	447	59,9	34	32,1	
Uso de medicamento no pós-parto							
Nenhum medicamento	66	7,7	59	7,9	4	3,8	< 0,001
1 a 4	426	49,7	393	52,7	31	29,2	
5 ou mais	365	42,6	294	39,4	71	67,0	

*Foram consideradas as recusas e a falta de informação.

O perfil sociodemográfico das primigestas que buscaram atendimento no serviço privado se difere do público, uma vez que a 63,2% delas tinham idade entre 25 e 43 anos, 49% possuíam renda familiar maior ou igual a cinco salários mínimos e 74,5% declararam ter ensino superior.

Em relação às características da assistência e tipo de parto, verificou-se que no atendimento público predominou o parto normal com 56,2%, a maior parte dos partos foram realizados sob anestesia local 49% e 5,1% das parturientes não receberam anestesia; 60,5% delas tiveram internação em período inferior a 47 horas, 93,9% das mulheres não foram submetidas à amniotomia, enquanto que em 47,1% delas foi realizado episiotomia.

No atendimento privado houve o predomínio do parto cesáreo com 92,5% do total de partos e a anestesia raquidiana/peridural foi a mais utilizada 92,5%. Verifica-se que a maior parte das mulheres (69,8%) ficaram internadas por um período inferior a 47 horas e 94,3% não foram submetidas à episiotomia e 98,1% das primigestas não tiveram ruptura artificial da bolsa das águas (amniotomia) durante o trabalho de parto (Tabela 1).

A utilização de medicamentos durante o período de internação para o parto nos atendimentos público e privado, quando segregada pelo parto normal, não apresentou diferença significativa. Ao estratificar pelo parto cesárea, foi possível perceber diferença significativa, em que 52% das mulheres submetidas à cesariana no serviço privado, não utilizaram nenhum medicamento durante o pré-parto e no parto 68,4% delas utilizaram apenas um medicamento, enquanto que no serviço público 55,4% das parturientes no mesmo período de internação utilizaram dois ou mais medicamentos. (Tabela 2)

Tabela 2: Distribuição do número de medicamento por período de internação, segundo tipo de atendimento e tipo de parto. Rio Branco, Acre, 2010.

Número de Medicamentos	Total		Normal				p	Cesárea				p
	n	%	Público		Privado			Público		Privado		
			n	%	n	%		n	%	n	%	
Pré-parto												
Nenhum	319	37,4	149	35,6	2	25,0	0,804	117	35,8	51	52,0	0,001
1	371	43,5	191	45,6	4	50,0		131	40,1	45	45,9	
2 ou mais	162	19,0	79	18,9	2	25		79	24,2	2	2,0	
Parto												
Nenhum	10	1,2	10	2,4	1	12,5	0,104	-	-	-	-	0,001
1	364	42,5	143	34,1	4	50,0		146	44,6	67	68,4	
2 ou mais	483	56,4	266	63,5	3	37,5		181	55,4	31	31,6	
Pós-parto												
Nenhum	63	7,4	54	12,9	2	25,0	0,413	5	1,5	2	2,0	0,062
1 a 4	424	49,8	340	81,1	5	62,5		53	16,2	26	26,5	
5 ou mais	365	42,8	25	6,0	1	12,5		269	82,3	70	71,4	

A análise da associação entre o número de medicamentos por período de internação e o tipo de atendimento, revelou que as primigestas têm chance 24% menor (OR 0,76 IC95% (0,50-1,16)) de ter sido exposta a utilização de pelo menos um medicamento e uma chance 88% (OR 0,12 IC95% (0,04-0,35)) menor de ter sido exposta a utilização de dois ou mais medicamentos no período pré-parto, quando parto realizado com atendimento privado, tendo como referência não ter recebido nenhum medicamento na rede privada.

Tabela 3: Número de medicamentos, razão de chances e seus respectivos intervalos de confiança para utilização de medicamentos por período de internação, segundo o tipo de prestação de serviço. Rio Branco, Acre, 2010.

Número de Medicamentos	Total		Tipo de atendimento				OR (IC95%)
			Pública		Privada		
	n	%	n	%	n	%	
Pré-parto							
Nenhum	319	37,4	266	35,7	53	50,0	1
1	371	43,5	322	43,2	49	46,2	0,76 (0,50-1,16)
2 ou mais	162	19,0	158	21,2	4	3,8	0,12 (0,04-0,35)
Parto							
Nenhum	10	1,2	10	1,3	1	0,9	1
1	364	42,5	289	38,7	71	67,0	2,457(0,30-19,50)
2 ou mais	483	56,4	447	59,9	34	32,1	0,761(0,09-6,11)
Pós-parto							
Nenhum	63	7,4	59	7,9	4	3,8	1
1 a 4	424	49,8	393	52,7	31	29,2	1,16 (0,39-3,41)
5 ou mais	365	42,8	294	39,4	71	67,0	3,56 (1,25-10,1)

O período pós-parto imediato revelou que as primigestas tem chance três vezes maior (OR 3,56 IC95% (1,25-10,1)) de ter sido exposta a utilização de cinco medicamentos ou mais quando o parto foi realizado na maternidade B com atendimento privado, tendo como referência a utilização de nenhum medicamento. (Tabela 3).

Tabela 4: Número mínimo e máximo de medicamentos consumidos, média e IC 95%, nos diferentes períodos de internação hospitalar, por tipo de assistência ao parto e tipo de parto, Rio Branco, AC, 2010.

Períodos da internação		Parto Normal		Parto Cesárea	
		Pública	Privada	Pública	Privada
Pré-parto	Min - Máx	0 – 9	0 – 2	0 – 7	0 – 2
	Média (IC95%)	0,99 (0,88-1,10)	1,00 (0,48-1,52)	1,13 (0,99-1,27)	0,5 (0,39-0,61)
Parto	Min - Máx	0 – 2	1 – 2	1 – 6	1 – 6
	Média (IC95%)	1,61 (1,56-1,66)	1,38 (1,02-1,74)	1,72 (1,62-1,82)	1,86 (1,56-2,16)
Pós-parto	Min - Máx	0 – 9	0 – 6	0 – 10	0 – 10
	Média (IC95%)	2,38 (2,22-2,54)	2,00 (0,61-3,39)	6,74 (6,51-6,97)	5,68 (5,28-6,08)
Total	Min - Máx	1 – 17	2 – 8	1 – 18	1 – 15
	Média (IC95%)	4,98 (4,79-5,17)	4,38 (2,77-5,99)	9,58 (9,31-9,85)	8,04 (7,56-8,52)
Média total	Min - Máx	1 – 17		1 – 18	
	Média (IC95%)	4,97 (4,78-5,16)		9,21 (8,97-9,45)	
Média geral	Min - Máx	1 – 18			
	Média (IC95%)	7,07 (6,68-7,28)			

O número total de medicamentos consumidos variou entre um a 18, atingindo uma média de 7,07 medicamentos por parturiente. A média do consumo de medicamentos no período pré-parto foi menor entre as mulheres que tiveram parto cesárea e atendimento privado. Em relação ao período do parto, a média de utilização de medicamentos foi maior entre as primigestas submetidas à cesariana na rede privada. Enquanto que no pós-parto as mulheres que tiveram parto cesárea na rede pública apresentaram média maior que as demais no mesmo período. A média de medicamentos utilizados nas mulheres submetidas à cesariana, independente do tipo de serviço e do período de internação foi superior a média do consumo entre as mulheres que realizaram partos normais (Tabela4).

Tabela 5: Distribuição dos medicamentos* mais utilizados durante a internação hospitalar, segundo o tipo de parto, Rio Branco, AC, 2010.

Nome do Medicamento	Total		Parto Normal		Parto Cesárea		p
	n	%	n	%	n	%	
Ampicilina							
Sim	167	19,6	134	31,4	33	7,7	< 0,001
Não	687	80,4	293	68,6	394	92,3	
Cefalotina							
Sim	320	37,5	29	6,8	291	68,1	< 0,001
Não	534	62,5	398	93,2	136	31,9	
Cefazolina							
Sim	47	5,5	-	-	47	11,0	< 0,001
Não	807	94,5	427	100,0	380	89,0	
Diclofenaco							
Sim	186	21,8	105	24,6	81	19,0	0,047
Não	668	78,2	322	75,4	346	81,0	
Dipirona							
Sim	453	53,0	124	29,0	329	77,0	< 0,001
Não	401	47,0	303	71,0	98	23,0	
Methergin							
Sim	292	34,3	226	52,9	66	15,6	< 0,001
Não	559	65,7	201	47,1	358	84,4	
Metoclopramida							
Sim	159	18,6	128	30,0	31	7,3	< 0,001
Não	695	81,4	299	70,0	396	92,7	
Metronidazol							
Sim	132	15,5	3	0,7	129	30,2	< 0,001
Não	722	84,5	424	99,3	298	69,8	
Misoprostol							
Sim	78	9,1	39	9,1	39	9,1	1,000
Não	776	90,9	388	90,9	388	90,9	
Ocitocina							
Sim	629	73,7	272	63,7	357	83,6	< 0,001
Não	225	26,3	155	36,3	70	16,4	
Paracetamol							
Sim	265	31,0	232	54,3	33	7,7	< 0,001
Não	589	69,0	195	45,7	394	92,3	
Sulfato Ferroso							
Sim	125	14,6	117	27,4	8	1,9	< 0,001
Não	729	85,4	310	72,6	419	98,1	
Tenoxicam							
Sim	232	27,2	10	2,3	222	52,0	< 0,001
Não	622	72,8	417	97,7	205	48,0	

*Exceto os anestésicos.

Durante os três períodos de internação para o parto foram utilizados 6058 medicamentos, e identificados 63 princípios ativos diferentes (excluindo-se os anestésicos). No período do pré-parto foram administrados 37 diferentes tipos de medicamentos, no parto 20 e no pós-parto 51, respectivamente.

Entre os medicamentos mais utilizados durante o período de internação para o parto estão: ocitocina (629), dipirona (453), cefalotina (320), methergin (292), paracetamol (265), tenoxicam (232), diclofenaco (186), ampicilina (167), metoclopramida (159), metronidazol (132), sulfato ferroso (125), misoprostol (78), cefazolina (47)

Entre as primigestas submetidas ao parto normal os medicamentos mais administrados foram: ampicilina, methergin, metoclopramida, paracetamol e sulfato ferroso. Entre as mulheres submetidas à cesariana, os medicamentos mais administrados foram: cefalotina, cefazolina, dipirona, metronidazol, ocitocina e tenoxicam. O diclofenaco e o misoprostol foram utilizados de forma semelhante em ambos os tipos de parto. (Tabela 5)

4 - Discussão

Este estudo apresentou o perfil da utilização de medicamentos tendo como parâmetro, os períodos de internação hospitalar para o parto, os tipos de parto e os tipos de atendimento (público e privado) nas maternidades estudadas.

Duas categorias distintas de prestação de atendimentos de saúde foram analisadas, sendo uma o financiamento direto ou convênios e a outra os serviços prestados pelo SUS, que revelaram diferenças marcantes entre as características sócio demográficas das usuárias destes serviços. O atendimento com recursos públicos (SUS) acolheu mulheres com menor idade, menor renda familiar e menor nível de escolaridade corroborando com os estudos de Perini et al em Belo Horizonte ¹ e Mandarino et al no Maranhão ⁷, enquanto que o atendimento privado absorveu as primigestas com idade entre 25 e 43 anos, com maior renda familiar e maior escolaridade^{1,7}.

Neste estudo foi verificado o alto número de cesarianas no atendimento privado, semelhante aos achados em outros estudos no Brasil^{1,7,8,9,10}. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece que o parâmetro ideal é uma taxa de cesarianas entre 10% e 15%^{7,8,9}, no entanto, no Brasil o que se tem observado são taxas de cesariana nos serviços privados superiores a 80%¹¹.

Entre as mulheres atendidas no setor público, o número de cesarianas não foi maior do que os partos normais, mas também foi elevado e excede os parâmetros considerados ideais.

Fato esse, que remete a característica de uma maternidade de referência que recebe os partos de alto risco ou a uma estratégia utilizada pelas mulheres com melhores condições socioeconômicas para conseguir cesariana no setor público, que é negociá-la durante o pré-natal privado, sendo assim, as cesarianas não estão ligadas apenas a diferenciação econômica, mas também a maior capacidade de negociação com o obstetra⁹.

O aumento do número de cesarianas não se deve apenas, a questões médicas ou às características do tipo de prestação de serviços, sendo esse aumento influenciado por diversos outros fatores relacionados à gestante, tais como as desigualdades socioeconômicas, situação geográfica, faixa etária e etnia^{7,10}. As cesáreas estão ligadas ao aumento da morbimortalidade materna e neonatal. Elas demandam também, um maior tempo de internação, maior dedicação por parte dos profissionais de saúde, maior uso de medicamentos e conseqüentemente elevação de gastos para o sistema de saúde. Além disso, o retardo na recuperação puerperal e o início tardio da amamentação constituem aspectos relevantes^{5,7,8,9}.

O aumento dos partos operatórios constitui um grave problema de saúde pública¹², uma vez que demanda a utilização de uma grande variedade de medicamentos, necessário para conter a dor em decorrência da incisão cirúrgica e em alguns casos para controlar os efeitos adversos oriundos dos procedimentos anestésicos, uma controvérsia é o fato de que para a parturiente e sua família, a cesariana significa acesso a atendimento médico diferenciado, referindo-se a ela como um parto sem dor⁹.

Entre os medicamentos mais consumidos pelas parturientes estão os antibióticos e os analgésicos. A antibioticoterapia pode ter o caráter profilático quando administrado a pacientes com risco considerável para infecção, tendo como objetivo reduzir o risco de infecção pós-operatória¹³. Entre os medicamentos de escolha para formação de um esquema terapêutico satisfatório e eficaz estão a cefalotina e a cefazolina nos partos cesáreos e a cefalexina e ampicilina nos partos normais¹³. No entanto, há que se considerar os riscos tóxicos potenciais dos antibióticos sobre o feto¹⁴.

Em se tratando do uso de analgésicos e anti-inflamatórios, o estudo revelou a utilização de dipirona e o tenoxicam como medicamentos de escolha. Um estudo experimental que comparou dois grupos, um que recebeu o placebo e outro com administração de tenoxicam intravenoso, revelou que não houve diferença significativa nos escores de dor, no entanto o tenoxicam reduziu significativamente a intensidade das cólicas uterinas em pacientes submetidas à cesariana e reduziu seus efeitos secundários^{3,15}.

Entre os períodos da internação para o parto, destacou-se a baixa média de utilização de medicamentos no pré-parto por mulheres submetidas à cesariana, em contrapartida essas

mesmas mulheres receberam o maior número de medicamentos no período do parto e do pós-parto. Isso confirma a existência da “cultura médica da cesariana no Brasil”, um modelo tecnocrático hegemônico, em que as mulheres influenciadas pelo ato médico, por fatores institucionais e até mesmo pelo seu poder de escolha, decidem a retirada do feto mediante procedimento cirúrgico com dia e hora marcados, reduzindo assim os cuidados do pré-parto e consequentemente refletindo a alta utilização de medicamentos no parto e no pós-parto imediato^{1,7,9,11}.

Há que se considerar que mediante a informação de que o uso de medicamentos não interfere negativamente de forma substancial nas recomendações quanto ao aleitamento materno⁵, o alto índice de consumo de medicamentos no pós-parto, pode retardar o início do aleitamento, por dificuldade de compatibilizar a terapêutica com a produção e evolução do processo de aleitamento⁶.

As questões políticas que envolvem a assistência ao parto e nascimento no Brasil estão em franca evolução, que se evidencia com os esforços do Ministério da Saúde em estabelecer políticas públicas de inclusão e com foco no parto humanizado. O marco destas ações aconteceu com a promulgação em 2005 da Lei Federal nº 11.108, que permitiu que as mulheres tivessem um acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e puerpério. Em 2011, foi lançada a “Rede Cegonha” um *“modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade”*.¹¹

É necessário uma reflexão consistente a respeito dos fatores que tem influenciado na condução de procedimentos operatórios no parto. Este estudo se destaca por descrever um perfil de primigestas, pois a cesárea prévia está entre as principais indicações médicas para partos cirúrgicos subsequentes, mesmo em casos em que haja possibilidade de realização de parto vaginal, confirmando a prerrogativa de que *“uma vez cesárea, sempre cesárea”*, fazendo com que este procedimento cirúrgico passe de “alternativa” para “norma”^{8,9}.

5 – Considerações Finais

É necessário que ações efetivas relacionadas ao uso de medicamentos e ao tipo de parto sejam capazes de envolver a assistência médica, as mulheres e a organização dos serviços nas maternidades, com o intuito de oferecer subsídios para que o parto de escolha seja a o vaginal e que as cesarianas sejam realizadas mediante indicação absoluta, rompendo pré-conceitos tais como a “cesariana prévia”, o “parto sem dor” e o “comprometimento da sexualidade”, que são fortes argumentos a favor do parto operatório^{8,9,16}.

O presente estudo possibilitou analisar a utilização de medicamentos durante período de internação para o parto em primigestas. Entre as limitações deste, relata-se a dificuldade

em estabelecer padrões de comparação e construção de um perfil de utilização dos medicamentos que compõem a rotina das maternidades brasileiras, devido à escassez de estudos e a variação de rigor metodológico entre os estudos existentes¹.

6 – Referências (Artigo 2)

- 1 – Edson-Perini, Sérgia-Magalhães, S, Vanessa-Noronha. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. *Rev. Saúde Pública*, 2005;39(3):358-65.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2006.
- 3 - Joyce-Hasegawa Lucila-Leventhal, C. Tratamento farmacológico e não farmacológico no alívio da dor perineal pós-parto normal. *Rev. Einstein*, 2009;7(2Pt1):194-200.
- 4 – Thanarat-Srimaekarat. Tramadol suppository versus placebo for the relief of perineal pain after perineorrhaphy: a randomized controlled trial in Thailand. *J Med Assoc. Thailand.*, 2011 Jan;94(1):17-20.
- 5 – Joel-Lamounier, A, Christiano-Cabral, M, Bárbara-Oliveira, C, Anderson-Oliveira, B, Aneildo-Oliveira Jr, Ana-Silva, pa. O uso de medicamentos em puérperas interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno?. *Jornal de Pediatria*, 2002;78(1):57-61.
- 6 – Roberto-Chaves, G, Joel-Lamounier, A, Cibele-César, C. Factors associated with duration of breastfeeding. *Jornal de Pediatria*, 2007;83(3): 241-246.
- 7 – Natália-Mandarino, R, Maria-Chein, BC, Francisco-Júnior, CM, Luciane-Brito, MO, Zeni-Lamy, C, Vinícius-Nina, JS, Elba-Mochel, G, José-Neto, AF. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 2009 Jul;25(7):1587-1596.
- 8 – Emília-Carniel, F, Maria-Zanolli, L, André-Morcillo, M. Fatores de risco para indicação do parto cesáreo em Campinas (SP). *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2007;29(1):34-40.
- 9 – Paulo-Freitas, F, Maria-Drachler, L, José-Leite, CC, Paulo-Grassi, R. Desigualdade social nas taxas de cesariana em primíparas no Rio Grande do Sul. *Rev. Saúde Pública*, 2005;39(5):761-767.
- 10 – Marta-Yazlle, EHD, Juan-Rocha, SY, Maria-Mendes, C, Maristel- Patta, C, Alessandra-Marcolin, C, George-Azevedo, D. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública*, 2001;35(2):202-206.

- 11 – Marcos-Dias, AB. Humanização do parto: política pública, comportamento organizacional e ethos profissional. *Cad. Saúde Pública*, 2011 Mai;27(5):1041-1044.
- 12 – Eleonora-D’Orsi, Dora-Chor, Karen-Giffin, Antonia-Tuesta, A, Gisele-Barbosa, P, Andréa-Gama, S, Ana-Reis, C. Factors associated with cesarean sections in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 2006 Out;22(10):2067-2078.
- 13 – Heraldo-Costa, F, Ivete-Ávila, Manuel-Gonçalves, M. Antibioticoterapia Profilática em Obstetrícia: Comparação entre Esquemas. *RBGO*, 1998;20(9):509-515.
- 14 – Claudia-Osorio-de-Castro, GS, Vera-Pepe, LE, Vera-Luiza, L, Marly-Cosendey, AE, Aline-Freitas, M, Frederico-Miranda, F, Jorge-Bermudez, AZ, Maria-Leal, C. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. *Cad. Saúde Pública*, 2004;20(Sup1):S73-S82.
- 15 - Yu-Chen, H , Shen-Kou, T, Chi-Hsiang, H, Mao-Hsien, W, Pei-Lin, L, Li-Kuei, C, Chen-Jung, L, Wei-Zen, S. Intravenous tenoxicam reduces uterine cramps after Cesarean delivery. *Can J Anesth*, 2002;49(4):384–387.
- 16 – Alexandre-Faisal-Cury, Paul-Menezes, R. Fatores associados à preferência por cesariana. *Rev Saúde Pública*, 2006;40(2):226-32.

CONSIDERAÇÕES
FINAIS

7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evidenciou alguns fatores associados à utilização de medicamentos durante o período gestacional. As primigestas mais expostas aos uso de medicamentos de risco, foram as que realizaram o parto na maternidade B, com maior idade, com ensino superior e que realizaram o maior número de consultas pré-natal. É importante ressaltar que o uso destes medicamentos ocorreu sob prescrição médica.

O consumo de medicamentos essenciais, preconizados pelo MS, foi maior entre as primigestas que realizaram mais de seis consultas de pré-natal nas unidades básicas de saúde, com baixa escolaridade e menor renda familiar, tendo acesso ao medicamentos na rede pública de saúde.

No que se refere ao uso de medicamentos no período de internação para o parto, verificou-se no pré-parto um baixo consumo entre as primigestas submetidas à cesariana no atendimento privado. A média do consumo de medicamentos no parto e pós-parto foi duas vezes mais entre as mulheres com parto cesárea.

Desta forma, podemos inferir que o conhecimento do perfil e dos padrões de utilização de medicamentos durante a gestação constituem ferramentas úteis para a avaliação dos serviços de saúde e contribuem para a elaboração e consolidação de políticas públicas baseadas em evidências. Destaca-se a importâncias dos resultados encontrados em relação ao período de internação para o parto, para a elaboração de protocolos terapêuticos na prática obstétrica.

REFERÊNCIAS

8 – REFERÊNCIAS DA DISSERTAÇÃO

- ACHARIYAPOTA V.; TITAPANT V. Relieving perineal pain after perineorrhaphy by diclofenac rectal suppositories: a randomized double-blinded placebo controlled trial. **J Med Assoc Thailand.**, v. 91, n.6, p. 799-804, jun 2008.
- BARBOSA, L et. al. Fatores associados ao uso de suplemento de ácido fólico durante a gestação. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.33, n.9, p.246-51, 2011.
- BARRETO, M.R.N. A ciência do parto nos manuais portugueses de obstetrícia. **Niterói**, v. 7, n. 2, p. 217-234, 1. sem. 2007.
- BITTENCOURT, M.O. Problemas com a utilização de medicamentos – estudo piloto em hospital psiquiátrico do Rio de Janeiro. **Rev. Bras. Farm.**, Rio de Janeiro, v. 85, n.2, p. 37-39, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde, 2006.
- BRÜGGEMANN, O.M. et. al. Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura, **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1316-1327, 2005.
- CAPELLÀ, D; LAPORTE, J.R. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. In: LAPORTE, J.R & TOGNONI, G., editors. **Principios de epidemiología del medicamento**. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993. p.67-93.
- CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1004-1013, 2004.
- CARMO, T.A. Medicamentos e Gravidez. **Saúde Rev.**, Piracicaba, v. 5, n.10, p. 55-61, 2003.
- CATALIN, S. et al., Medications in pregnancy and lactation: Drugs with minimal or unknown human teratogenic effect. **Obstetric & Gynecology**, v. 113, n. 2, part 2, p. 417 - 432. feb, 2009a.
- _____. Medications in pregnancy and lactation: Teratology. **Obstetric & Gynecology**, v. 113, n. 2, part 1, p. 166 - 188. feb, 2009b.

- DAL PIZZOL, T.S.D. **Riscos e benefícios para o feto e recém-nascido de medicamentos utilizados na gestação:** misoprostol e antianêmicos. 2006. 127 f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Epidemiologia – Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.
- FACCINI, L. S. et. al. Avaliação de teratógenos na população brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 65 - 71, 2002.
- FILHO, A. M. S. Drogas na gravidez: influencia sobre o concepto. In: SILVA, P. **Farmacologia**. 6. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002, p. 184 – 191.
- FLEITH, V.D. et al. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13(Sup), p.755-762, 2008.
- GALVÃO C.M. et al. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de enfermagem. **Rev Latino Americana de Enfermagem**. São Paulo; v. 12, n.3, p. 549-56, maio-junho, 2004.
- GANDOLFI, E; ANDRADE, M.G.G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.6, p.1056-64, 2006.
- GOMES, K. R. O. et. al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 246-54, 1999.
- GOONEWARDENE, M.; SHEHATA M, Anaemia in pregnancy. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology**, p. 1-22, 2011.
- GREENBERG, J. A; STACEY, J. B. Multivitamin Supplementation During Pregnancy: Emphasis on Folic Acid and L-Methylfolate. **Rev Obstet Gynecol**. v.4, n. 3/4, p.126-127, 2011.
- HASEGAWA J, LEVENTHAL LC Tratamento farmacológico e não farmacológico no alívio da dor perineal pós-parto normal. **Einstein**. v. 7, n. 2 Pt 1, p.194-200, 2009.
- KATZUNG, B. G. Farmacologia básica e clínica. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 2010, 10. ed. Cap. 60, p. 834-845.
- KNOPPERT, D. Safety and efficacy of drugs in pregnancy. **J Popul Ther Clin Pharmacol** v. 18, n. 3, p. 506-512, 2011.
- KOREN, G. Pharmacokinetics in pregnancy; clinical significance. **J Popul Ther Clin Pharmacol**, Canadá, v.18, n.3, p.e523-e527; Nov, 2011.
- LAPORTE, J.R; TOGNONI, G. **Epidemiologia do medicamento:** princípios gerais. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1989.

- LESLIE, Z.B. et al. Farmacocinética: a dinâmica da absorção, distribuição e eliminação dos fármacos. In: GOODMAN, L.S; GILMAN A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Mcgraw-hill interamericana, 2007. 11. ed. Cap. 1, p. 3-21.
- MAEDA, S. T.; SECOLI, S.R. Use and cost of medication in low risk pregnant women. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 266-71, 2008.
- MENGUE, S. S. et. al. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev Saúde Pública**, São Paulo, v.35, n.5, p.415-20, 2001.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et. al. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p.987-996, 2004a.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. et. al. Uso indicado e uso referido de medicamentos durante a gravidez. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20 n. Sup 1, p. S73-S82, 2004b.
- OSORIO-DE-CASTRO, C. M. S. **Estudo da utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- PERINI, E, et al. Farmacoepidemiologia. In: GOMES, M. J. V. M. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 85 – 107, 2003.
- PERINI, E. et al. Consumo de medicamentos no período de internação para o parto. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p.358-65, 2005.
- RAMOS, W.L.P. et al., Análise do uso de medicamentos durante a gestação em mães de pacientes portadores de malformações fetais. **Revista Saúde e Pesquisa**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 59-64, jan./abr. 2008.
- SHARMA R, et al.. Drug utilization pattern during pregnancy in North India. **Indian J Med Sci**, Jammu, v. 60, n. 7, p. 277-287, 2006.
- SHEPARD T.H; LEMIRE, R.J. **Catalog of teratogenic agents**. The Johns Hopkins University Press, EUA, 11 ed., 2004 .
- SRIMAEKARAT, T. Tramadol suppository versus placebo for the relief of perineal pain after perineorrhaphy: a randomized controlled trial in Thailand. **J Med Assoc. Thailand.**, v. 94,n.1, p. 17-20, Jan 2011.
- STEINKELLNER, A. et al., Adherence to oral contraception in women on Category X medications. **Am J Med.** v. 123, n.10, p. 929-934, Oct. 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, Introduction to drug utilization research. Geneva, 2003. p. 8 – 39.
- YANKOWITZ J. Pharmacologic treatment of hypertensive disorders during pregnancy. **J. Perinat Neonatal Nurs.**, v.18, n.3, p. 230- 40, Jul-Sep, 2004.

YILDIZHAN R. et al. Comparison of the efficacy of diclofenac and indomethacin suppositories in treating perineal pain after episiotomy or laceration: a prospective, randomized, double-blind clinical trial. **Arch Gynecol Obstet.**, v. 280, n. 5, p. 735-8, nov 2009.

ANEXOS

14- Você fez alguma consulta de pré-natal durante esta gravidez?	
0. <input type="checkbox"/> não (pergunte a 16 e vá para a 25)	1. <input type="checkbox"/> sim
15- Com quanto tempo de gravidez você teve a primeira consulta de pré-natal? <input type="text"/> <input type="text"/> semanas ou <input type="text"/> <input type="text"/> meses	
16- Por que você não fez pré-natal? (não ler as alternativas)	
1. <input type="checkbox"/> tentou, mas não conseguiu consulta	2. <input type="checkbox"/> não tinha com quem deixar os filhos
3. <input type="checkbox"/> não tinha quem a acompanhasse	4. <input type="checkbox"/> não tinha dinheiro para o transporte
5. <input type="checkbox"/> não tinha certeza que queria manter a gravidez	6. <input type="checkbox"/> dificuldades com relação ao trabalho
7. <input type="checkbox"/> dificuldades com relação a escola	8. <input type="checkbox"/> não sabia que estava grávida
10. <input type="checkbox"/> não acha importante iniciar o pré-natal cedo	11. <input type="checkbox"/> Outro _____
17- Quantas consultas de pré-natal você fez? <input type="text"/> <input type="text"/>	
18- Qual é o nome do posto ou hospital que você fez pré-natal?	
1- _____	2- _____
3- _____	
26- Durante a gravidez você teve algum dos seguintes problemas de saúde? (ler todas as opções)	
a) hemorragia	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
b) inchaço nas pernas	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
c) pressão alta / pré-eclâmpsia	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
d) anemia	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
e) diabetes (açúcar no sangue)	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
f) malária	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
g) sífilis (VDRL +)	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
h) infecção na urina	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
i) Perda de líquido (antes da hora)	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
j) Outras doenças?	0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim
Quais? _____	
27- Durante esta gravidez, você apresentou perda de urina involuntária?	
0. <input type="checkbox"/> Não (vá para 29) 1. <input type="checkbox"/> Sim, a partir de que mês de gravidez _____	
28- Se você apresentou perda de urina durante a gravidez, aconteceu em quais momentos:	
1. <input type="checkbox"/> quando a bexiga estava cheia	2. <input type="checkbox"/> quando eu tossia
3. <input type="checkbox"/> quando eu espirrava	
4. <input type="checkbox"/> quando eu fazia muito esforço	(pode marcar mais de uma opção)
29- Tomou algum medicamento durante a gravidez?	
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim	
30- Quais? E em que mês da gravidez? Período utilizado?	
a. _____ nome do medicamento/ mês/ período	b. _____ nome do medicamento/ mês/ período
c. _____ nome do medicamento/ mês / período	d. _____ nome do medicamento/ mês/ período
31- Você tomou algum desses medicamentos? Em que mês da gestação? Por quê?	
Medicamento	mês da gestação/Por quê
1- <input type="checkbox"/> Buscopan (dor)	_____
2- <input type="checkbox"/> Novalgina/dipirona/paracetamol (dor/febre)	_____

3- <input type="checkbox"/> Combiron (anemia)	_____
4- <input type="checkbox"/> Sulfato Ferroso	_____
5- <input type="checkbox"/> Ácido Fólico	_____
6- <input type="checkbox"/> Citotec (para Abortar)	_____
7- <input type="checkbox"/> Betametasona/Dexametasona (corticóide em injeção) (Quantas vezes)	_____
8- <input type="checkbox"/> Diclofenaco de potássio (antiinflamatório)	_____
9- <input type="checkbox"/> Amoxicilina/penicilina (antibiótico)	_____
10- <input type="checkbox"/> Adalat (nifedipina)	_____
11- <input type="checkbox"/> Sulfato de magnésio (para hipertensão)	_____
12- <input type="checkbox"/> Cloroquina/quinino (trat. para malária)	_____
13- <input type="checkbox"/> Furosemida	_____
14- <input type="checkbox"/> Diazepan (benzodiazepínicos)	_____
15- <input type="checkbox"/> Salbutamol/Indometacina (prevenir parto prematuro)	_____
32- Esse(s) medicamento(s) foi(foram) indicado/prescrito(s)?	
1. <input type="checkbox"/> médico 2. <input type="checkbox"/> tomou por conta própria 3. <input type="checkbox"/> enfermeira 4. <input type="checkbox"/> outra pessoa(vizinha, familiar, amiga)	
5. <input type="checkbox"/> auxiliar de enfermagem 6. <input type="checkbox"/> parteira 9. <input type="checkbox"/> NS/NR	
33- Você conseguiu o medicamento em algum estabelecimento de saúde?	
0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim Onde? _____	
34- Você costuma usar remédio caseiro (tipo ervas, chás, raízes, óleos, lambedor)?	
0. <input type="checkbox"/> Não (vá para pergunta 36) 1. <input type="checkbox"/> Sim	
35- Você usou algum remédio caseiro durante a gravidez? Qual? Para que? Em que mês?	
a. _____	nome do remédio/ motivo/mês da gestação
b. _____	nome do remédio/ motivo/mês da gestação
c. _____	nome do remédio/ motivo/mês da gestação
d. _____	nome do remédio/ motivo/mês da gestação
36- Durante a gravidez você ficou internada por algum problema de saúde?	
0. <input type="checkbox"/> Não (vá para a 38) 1. <input type="checkbox"/> Sim	
37- Qual problema de saúde? Quanto tempo ficou internada? Em que mês da gestação?	
a. _____	problema/tempo de internação/mês da gestação
b. _____	problema/tempo de internação/mês da gestação
c. _____	problema/tempo de internação/mês da gestação
V- INFORMAÇÕES SOBRE O PARTO “Agora eu perguntarei sobre o parto desse bebê”	

78- Durante o trabalho de parto no hospital, foi colocado soro na sua veia? 0. <input type="checkbox"/> não(vá para 81) 1. <input type="checkbox"/> sim					
79- Neste soro foi colocada medicamento para aumentar a contração do útero durante o trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> não (vá para 81) 1. <input type="checkbox"/> sim 9. <input type="checkbox"/> NS/NR (vá para 81)					
80- Porque foi utilizado este medicamento? 1. <input type="checkbox"/> estava com pouca contração 2. <input type="checkbox"/> trabalho de parto demorado/não estava progredindo 3. <input type="checkbox"/> para ajudar o bebê a sair 4. <input type="checkbox"/> outras _____ 9. <input type="checkbox"/> NS/NR					
81- Qual foi o tipo de parto que você teve? 1. <input type="checkbox"/> Normal (pergunte a 82 e vá para 85) 2. <input type="checkbox"/> Cesárea					
86- Você tomou anestesia? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> sim,nas costas 2. <input type="checkbox"/> sim, no períneo (local) 3. <input type="checkbox"/> sim,geral					
VII- DADOS DO CARTÃO DO PRÉ-NATAL					
122- Número de consultas de pré-natal registradas:					<input type="text"/>
123- Datas das consultas de pré-natal					
1 consulta	2 consulta	3 consulta	4 consulta	5 consulta	6 consulta
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
7 consulta	8 consulta	9 consulta	10 consulta	11 consulta	12 consulta
__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__	__/__/__
IX- DADOS DO PRONTUÁRIO DA PUÉRPERA					
145- Foi utilizada hidratação venosa ou acesso venoso? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
146- Foi usado ocitocina (substância para estimular contrações)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
147- Foi realizada amniotomia (foi rompida a bolsa)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim, em que momento?					<input type="checkbox"/>
148- Foi realizada episiotomia (corte no períneo)? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
149- Apresentou algum problema durante o trabalho de parto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
150- Qual					
151- Apresentou algum problema durante o parto? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
152- Qual?					
153- Se parto cesariana, foi anotada a indicação da cesariana? 0. <input type="checkbox"/> Não 1. <input type="checkbox"/> Sim					<input type="checkbox"/>
154- Qual indicação da cesariana?					
XI- DADOS DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DO PRÉ-PARTO					
XII- DADOS DA PRESCRIÇÃO MÉDICA DO PÓS-PARTO					

Anexo II - Termo de consentimento livre e esclarecido
--

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezada,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa "SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO". Você foi selecionada por ter parido pela primeira vez e por ser moradora deste município.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores da saúde reprodutiva de mulheres que tem o primeiro filho que estão associados ao parto, assim como acompanhar a saúde destas mulheres após o parto e a saúde e desenvolvimento dos seus filhos.

Além desta entrevista, entraremos em contato com você mais duas vezes: uma quando o seu bebê tiver perto de seis meses e outra quando ele tiver um ano de vida. Estas entrevistas poderão ser feitas na sua casa ou em outro local de sua preferência. Os entrevistadores da pesquisa estarão sempre identificados com um crachá da UFAC.

A sua participação consistirá em responder a um questionário, mas para completar os dados necessários para os objetivos da pesquisa, os entrevistadores também irão tirar Xerox de parte do seu prontuário e do seu recém-nascido.

As informações que você nos der, e os dados dos prontuários (seu e do bebê), serão mantidos em segredo e não serão divulgados em qualquer hipótese. Os resultados do estudo serão apresentados em conjunto, não sendo possível identificar as pessoas que dele participaram.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento. Ressaltamos que não existe nenhum risco relacionado à sua participação que deverá ser voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou desistir a qualquer momento, sem que isto lhe traga qualquer prejuízo.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento e que concordo espontaneamente em participar desta pesquisa.

Rio Branco, _____ / _____ / _____

Sujeito da pesquisa: _____
(ou responsável no caso de menor de idade)

Assinatura do entrevistador: _____

Coordenadora da Pesquisa: Profa. Dra. Leila Maria Geromel Dotto
Universidade Federal do Acre – UFAC, Centro de Ciências da Saúde e do Desporto
BR 364 Km 04, Distrito Industrial, CEP 69900-900, Tel: 3901-2648

Anexo III - Declaração da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE-UFAC

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO PARA INÍCIO DA
PESQUISA DE CAMPO

O Projeto: “**SAÚDE REPRODUTIVA DE PRIMIGESTAS: ANÁLISE DE FATORES RELACIONADOS AO TIPO DE PARTO**”, protocolado sob o nº. 23107.005912/2009-21, da Pesquisadora **LEILA MARIA GEROMEL DOTTO**, após submetido a este Comitê no dia 18/06/2009 foi categorizado como **APROVADO PARA INÍCIO DA PESQUISA DE CAMPO**, considerando que está de acordo com as exigências constantes na Resolução 196/96 do MS/CONEP. Concluída a pesquisa, a pesquisadora deverá trazer ao CEP/UFAC o relatório final, a fim de receber a aprovação final da pesquisa para posterior publicação.

Rio Branco-Acre, 18 de junho de 2009.


Enock da Silva Pessoa
Coordenador do CEP - UFAC