

USO Y COSTO DE MEDICAMENTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO

Sayuri Tanaka Maeda¹

Sílvia Regina Secoli²

El estudio tuvo como objetivos: identificar la utilización de medicamentos por gestantes; clasificarlos en cuanto al grupo terapéutico, categoría de riesgo e identificar los costos de esos fármacos. La muestra se constituyó de 47 gestantes, en el grupo etáreo de 20 a 29 años de edad, en el período de julio de 2001 a junio de 2003, en el municipio de Sao Paulo. Se utilizó un instrumento para la recolección de datos en historias clínicas de familias y otros del Sistema de Información de la Atención Básica. El promedio de medicamentos consumidos fue de 3,63 por gestante. El sulfato ferroso fue el más utilizado, seguido de 78,7% antimicrobianos. En cuanto a la categoría de riesgo, 34,1% pertenecían a la categoría B, 16,5% a la categoría C. En el análisis de los costos totales de atención, el gasto de medicamentos representó el 11,13%. Se vislumbró la necesidad de profundizar en el análisis de los criterios para el uso, especialmente a los de la categoría C. Los costos más elevados estuvieron relacionados a los antimicrobianos para el tratamiento de infecciones.

DESCRIPTORES: costos de la atención en salud; mujeres embarazadas; costos en drogas

USE AND COST OF MEDICATION IN LOW RISK PREGNANT WOMEN

The objective of the present study is to assess the use of medication by pregnant women; classify them regarding therapy group and its risk category; and identify the cost of these drugs. The sample is formed by 47 pregnant women, in the 20 to 29 year-old age group, from July 2001 to June 2003, in the city of São Paulo. A specific instrument was used for data collection in family charts and others from the Sistema de Informação da Atenção Básica (Primary Care System Information). Average of medications used by pregnant woman was 3.63. Iron sulfate was the most commonly used, followed by antibiotics (78.7%). Regarding risk category, 34.1% of medications belonged to category B and 16.5% to category C. In the calculation of total costs of care, expenses with medication accounted for 11.13%. We have seen the need for assessing further the criteria for use, especially of medications of category C. The higher costs were related to antimicrobials for the treatment of infections.

DESCRIPTORS: health care costs; pregnant women; drug cost

UTILIZAÇÃO E CUSTO DE MEDICAMENTOS EM GESTANTES DE BAIXO-RISCO

O estudo teve como objetivos: verificar a utilização de medicamentos por gestantes; classificá-los quanto ao grupo terapêutico e sua categoria de risco; identificar os custos desses fármacos. A amostra constituiu-se de 47 gestantes, na faixa etária de 20 a 29 anos, no período de julho de 2001 a junho de 2003, no município de São Paulo. Utilizou-se instrumento específico para coleta de dados em prontuários de famílias e outros do Sistema de Informação da Atenção Básica. A média de medicamentos consumidos foi de 3,63 por gestante. O sulfato ferroso foi o mais utilizado seguido de antibióticos (78,7%). Quanto à categoria de risco, 34,1% dos medicamentos pertenciam à categoria B e 16,5% à categoria C. Na apuração de custos totais de atendimento, o gasto com medicamentos representou 11,13%. Vislumbrou-se a necessidade de aprofundamento da análise dos critérios para uso, especialmente dos medicamentos da categoria C. Os custos mais elevados estiveram relacionados aos antimicrobianos para o tratamento de infecções.

DESCRITORES: custos de cuidados de saúde; gestantes; custos de medicamentos

¹ Enfermeira. Economista. Professor Doutor, e-mail: sayuri@usp.br; ² Enfermeira, Professor Doutor. Escuela de Enfermería de la Universidad de Sao Paulo, Brasil

INTRODUCCIÓN

En el Brasil, después de la Reforma Sanitaria, todas las profesiones del campo de la salud tendieron a la ampliación de las responsabilidades y consecuente aumento de oportunidades en la aplicación de sus conocimientos, incluyendo en ese ámbito la enfermería. Se asoció a estos fenómenos, la síntesis de las transformaciones venidas de los nuevos paradigmas sobre el concepto de salud-enfermedad incorporado en las Leyes Orgánicas de Salud N.º 8.080/90 y la N.º 8.142/90, con sus principios y directivas que dieron impulso a la descentralización técnico administrativa con vistas a la innovación de servicios a los ciudadanos.

Hubo también cambios significativos en lo que se refiere a la implementación de políticas específicas dirigidas a la población femenina que evolucionó del Programa Materno Infantil al Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), siendo este último el que marcó su desarrollo convergente a la formulación del Sistema Único de la Salud (SUS). En cuanto modelo, el primero dio énfasis a la visión biológica, base de la formación médica e aún predominante hoy. La institucionalización del fenómeno de la medicalización adviene de ese paradigma⁽¹⁾.

El PAISM buscó un abordaje integral a las necesidades de las mujeres en el mundo contemporáneo, insertadas en el mercado de trabajo y ejerciendo derecho a civiles y políticos, otrora consagrados, más para los hombres, por cuestiones de género. De esos hechos, se aceleró la emergencia de nuevas interpretaciones, sobre todo el estado de embarazo que pasó a incluir dimensiones sociales de la mujer y por consiguiente, no prescindiéndose del contexto de la familia, siendo ellas el enfoque actual.

El embarazo representa un proceso de cambio que marca la vida de una mujer. Es un conjunto de fenómenos que la involucra desde la concepción, el nacimiento de un nuevo ser humano, hasta el cambio de su papel social en la sociedad. Produce un equilibrio inestable biológico, pues las alteraciones hormonales, que ocurren en el transcurso del proceso, son fuentes de cambio de comportamiento, fisiológicos y bioquímicos. Esa condición singular, en la cual el medio ambiente fetal es controlado fisiológicamente por la madre, demanda cuidados especiales en lo concerniente a la exposición de la madre a sustancias farmacológicas. De esa forma, en ninguna otra especialidad médica, los riesgos terapéuticos son tan grandes en cuanto dure la gestación, pues muchos de los efectos farmacológicos

de los agentes usados por la madre pueden determinar alteraciones morfológicas significativas, irreversibles, que pueden surgir en diferentes fases del desarrollo del proceso de la gestación⁽²⁾.

En el Brasil, los estudios muestran que el consumo de medicamentos durante el embarazo es expresivo, variando de 83,8 a 97,6 el porcentaje de mujeres que utilizaron, por lo menos, un agente durante la etapa prenatal. Además de eso, 33,5% de estas mujeres practicaron la automedicación⁽³⁻⁵⁾.

En el Programa de Salud de la Familia (PSF), el uso de medicamentos por gestantes es una cuestión importante, porque el estándar de atención de los médicos y enfermeras se encuentra normado en protocolos, los cuales ofrecen direccionamiento de las acciones profesionales, presentando indicaciones terapéuticas que incluyen medicamentos padronizados en la asistencia en el prenatal⁽⁶⁾.

El período de la gestación en que acontece la exposición a la droga es un factor relevante, relacionándola en tres fases: período del huevo: de la fecundación a la implantación; período embrionario: de la segunda a la octava semana post fecundación; período fetal: de ocho semanas completas post fertilización hasta el término⁽²⁾.

La fase embrionaria corresponde al período teratogénico clásico, porque abarca la organogénesis. Antes de ese período, la exposición a la droga determina daño definitivo como óbito y reabsorción, o ningún efecto, en cuanto que en el período fetal pueden ocurrir efectos adversos. Otros factores pueden influenciar la transferencia placentaria de las drogas, tales como el grado de absorción, metabolismo materno, enlace proteico, carga eléctrica, peso molecular y liposolubilidad⁽⁷⁾.

El acceso de las mujeres a los medicamentos, durante el periodo de la gestación, fue favorecido por la implementación del Programa de Asistencia Farmacéutica del SUS. El objetivo es mejorar la integración de recursos económicos, visando aumentar la capacidad de financiamiento de los servicios y obtener mayor efectividad en la atención a la gestante⁽⁸⁾.

OBJETIVO

Identificar la utilización de medicamentos por gestantes evaluadas como de bajo riesgo; clasificarlos en cuanto al grupo terapéutico, categoría de riesgo para la gestante y feto, y reconocer el costo de esos agentes terapéuticos.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio de observación y descriptivo sobre la utilización y costo de medicamentos prescritos a las embarazadas. El presente trabajo es parte de los resultados del proyecto matriz que investigó el costo de la asistencia prenatal en una unidad, con la implantación del PSF.

Ese proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética en investigación, vinculado a la Secretaría Municipal de Salud de la PMSP. Además de eso, se solicitó una autorización, tanto de la dirección de la Unidad, como de la Fundación Zerbini, en sociedad con la Secretaría Estatal de Salud de Sao Paulo en la gestión de esa Unidad de Salud (UBS).

La población muestral se constituyó de 47 mujeres que realizaron su control prenatal, en el período de julio del 2001 a junio del 2003, en una UBS, en la zona este del municipio de São Paulo. Los criterios de elegibilidad de la muestra incluían mujeres evaluadas y clasificadas como gestaciones de bajo riesgo, en el grupo etáreo de 20 a 29 años, consideradas de menor riesgo para el proceso de gestación⁽²⁾.

Fue elaborado y probado un instrumento específico para la recolección de datos que constaba de identificación general de la familia de la mujer y la evolución histórica de su atención durante el período prenatal. En cada consulta de enfermería o médica, se identificaron medicamentos prescritos, posibilitando, de este modo, el levantamiento de la historia clínica de la población estudiada.

La recolección de datos fue realizada por la investigadora y como fuente fueron consultadas las historias clínicas familiares, libro de registro de las agentes comunitarias y el Sistema de Información de la Atención Básica (SIAB).

Algunos datos sociales revelaron las condiciones de vida de la familia de las gestantes verificándose que el 38,3% (n=18) de las mujeres se encontraban en el grupo etáreo de 20 a 22 años, 29,8% (n=14) de 23 a 25 años y 31,9% (n=15), de 26 a 29 años. El perfil familiar apuntó que el 65,0% de las gestantes integraban la convivencia con uno a seis miembros, 25% revelaron la presencia de miembros agregados, además de los propios. A pesar que el 10% de las historias clínicas no disponían de esas informaciones, indicaban probable reflejo de las migraciones interregionales, lo que explica, en parte, la presencia de familias numerosas.

En el procesamiento de los resultados de este proyecto, los medicamentos fueron destacados como

categorías de dispendio de costo directo, componiendo una de las planillas del total de los costos de producción del servicio prenatal. La planilla constó de la captación de prescripción de medicamentos para cada gestante atendida en el prenatal.

La clasificación de los medicamentos tuvo por base el sistema Alfa, que tiene como eje principal el uso terapéutico de cada agente, cabiendo la división por sistemas y química⁽⁷⁾.

Los precios de los fármacos fueron obtenidos por medio de las páginas *on-line*, de la Bolsa Electrónica de Compras (BEC) del Gobierno del Estado de São Paulo (SES) y para algunos items relativos al sector de odontología, se consultaron las boletas de pago en poder de la unidad investigada.

En relación a la moneda, para valorar los costos de los medicamentos, se adoptó el dólar americano (valor del dólar promedio en el año 2003: US\$ 2,29), para facilitar la conversión de la moneda en cada país.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La atención básica de la salud dispone del respaldo de la política de asistencia farmacéutica⁽⁸⁾, consecuente de la política de salud que contraría, al principio de la integralidad, en la asistencia y acceso a los medicamentos, pasando, así, la calidad en la cobertura, constituyendo importante enlace para la continuidad de la asistencia para la clientela del SUS, la mayoría de ellas, sometida a la restricción presupuestaria.

Tabla 1 - Distribución de las 47 gestantes según medicamento utilizado durante el período de la gestación. Unidad de Salud de la familia, Sapopemba. Región Sudeste del MSP, 2003

Medicamento	Gestantes	
	N	%
Sulfato ferroso	47	100,0
Escopolamina + dipirona	22	46,8
Polivitamínicos	14	29,8
Metronidazol	14	29,8
Cefalexina	11	23,4
Ácido fólico	10	21,3
Difenidramina	10	21,3
Paracetamol	9	19,1
Ampicilina	7	14,9
Miconazol	3	6,4
Solução salina nasal	2	4,2
Metildopa	2	4,2
Fenobarbital	2	4,2
Nistatina	1	2,1
Metoclopramida	1	2,1
Dipirona	1	2,1
Luftal	1	2,1
Maracujina	1	2,1

Las gestantes recibieron en media 3,63 fármacos, siendo que el 25,5% de éstas utilizaron de cinco a nueve agentes. Esos resultados confirman los de otros estudios que apuntaron media de 4,2 medicamento por embarazada, incluyendo suplementos vitamínicos⁽³⁻⁵⁾.

El sulfato ferroso fue introducido en el 100% de las gestantes y los polivitamínicos y ácido fólico en el 51,1% (Tabla 1). El subprograma de asistencia prenatal preconiza el suplemento de hierro a las gestantes, justificando su uso en la totalidad de las mujeres en ese estudio. La orientación se confirma en el Protocolo de Enfermería de la SMS⁽⁶⁾, en el cual se establece que las enfermeras deben recomendar los medicamentos antianémicos a las gestantes cuando se justifica tal orden clínica. A pesar de los estudios mostraren la eficacia del suplemento del hierro, la prevalencia de la anemia por privación de hierro no ha sido reducida, especialmente en los países en desarrollo⁽⁹⁾. La OMS afirma que el 58% de las gestantes de esos países son anémicas, presentando como consecuencias el parto prematuro, niños con bajo peso al nacer, mayor morbilidad y riesgo de muerte durante el parto y período post parto⁽¹⁰⁾.

Los polivitamínicos (29,8%) y el ácido fólico (21,3%), también, a pesar de previstos en el protocolo⁽⁶⁾, fueron prescritos a un grupo reducido, inferior al 30,0%. Esos agentes son esenciales, especialmente en gestantes de bajos ingresos, como las que integraron la muestra del presente estudio. El embarazo es una condición fisiológica en la cual ocurre aumento de las necesidades de nutrientes. Es sabido que el ácido fólico, además de reducir la ocurrencia de anemia megaloblástica reduce el riesgo de malformaciones del tubo neural⁽¹¹⁻¹²⁾. Otro estudio brasileño mostró que, no obstante la importancia de los polivitamínicos y el ácido fólico, esos agentes fueron usados por el 34% y 10% de las gestantes, respectivamente⁽¹³⁾.

Los antiespasmódicos y analgésicos (escopolamina, dipirona y paracetamol) utilizados por 68% fueron prescritos, muchas veces, con la misma finalidad, o sea, para aliviar los *dolores del bajo vientre y dolor en la espalda*, tan frecuentes en las embarazadas.

Los medicamentos de naturaleza tópica como metronidazol y nistatina fueron utilizados por 15 gestantes 31,9% para tratamiento de las infecciones vaginales. Ese tipo de infección es frecuente en el

curso de la gestación, pero que en ese grupo pueden estar aliada a las condiciones de vida, además de lo biológico.

En cuanto a la clasificación terapéutica, los agentes farmacéuticos fueron organizados de forma que la N indica el total de veces que fue prescrito y sus respectivos porcentajes por clases.

Tabla 2 - Distribución de los medicamentos utilizados durante la gestación, según la clasificación terapéutica. Unidad de Salud de la Familia, Sapopemba. Región Sudeste del MSP, 2003

Clasificación terapéutica	Medicamentos	
	N	%
Antianémico	82	48,2
Antiespasmódico	24	14,1
Antibiótico	19	11,2
Fungicida	18	10,6
Analgésico	12	7,1
Antiemético	11	6,4
Antihipertensivo	2	1,2
Antiepiléptico	2	1,2
Total	170	100,0

En la Tabla 2 observase que la clase terapéutica de los antieméticos fue poco indicada (6,4%), una vez que náuseas y vómitos son frecuentes en el primer trimestre. El grupo de los antibióticos fue prescrito para tratar infecciones urinarias en 19 gestantes. Siete gestantes presentaron un episodio de infección, de las cuales cuatro de ellas (8,5%) presentaron infecciones repetidas llegando a someterse por dos veces a la antibioticoterapia. De esas 18, cuatro de ellas hacían parte del grupo de las gestantes que necesitaron del tratamiento dentario y tuvieron tratamiento con antibióticos para eliminar las infecciones de foco odontológico.

Las infecciones urinarias son las principales complicaciones clínicas de la gestación, siendo el patógeno más común la *Escherichia coli*. Para combatir a esa infección son necesarios antimicrobianos de fácil administración, bajo costo y libre de efectos colaterales, que dan seguridad a la madre y al feto, características, presentes en la ampicilina y cefalexina, que fueron prescritas para esta condición nosológica en las mujeres involucradas en este estudio⁽¹⁴⁾. La ampicilina fue prescrita para infección del tracto urinario en el tercer trimestre de gestación, de la tercera semana hasta la 38.^a semana. Sólo una gestante utilizó la cefalexina en la 12.^a semana.

Tabla 3 - Distribución de los medicamentos utilizados durante la gestación, según la categoría de riesgo Unidad de Salud de la Familia, Sapopemba. Región Sudeste del MSP, 2003

Categoría de riesgo	N	%	Medicamentos
			Nombre genérico
A	82	48,2	Sulfato ferroso, ácido fólico, polivitamínicos
B	58	34,1	Ampicilina, cefalexina, metronidazol, paracetamol, difenidramina, nistatina, miconazol, metoclopramida.
C	28	16,5	Metildopa, dipirona, escopolamina
D	2	1,2	Fenobarbital
Total	170	100,0	

El la Tabla 3 verificase que hubo predominio de medicamentos de categoría de riesgo A (48,2%) e B (34,1%). Pero, observase que la dipirona, escopolamina y metildopa de la categoría de riesgo

C, que en los estudios animales muestran efectos teratogenicos en el feto y no hay estudios controlados en las mujeres, fueran prescritos. La metildopa y el fenobarbital era de uso continuado de dos gestantes, en tratamiento, motivado por situaciones anteriores a la gestación. Por las historias clínicas, se constataron que tales indicaciones ocurrieron en virtud de los cuadros diagnosticados en fase anterior al proceso de gestación.

La indicación de cualquier fármaco es una decisión de suma importancia, pues los pilares del tratamiento están basados en el alivio del sufrimiento materno y preservación de la salud fetal. Entre tanto, es fundamental la vigilancia de los efectos de esos medicamentos en el ciclo reproductivo femenino, orientándose por el argumento de promover la salud.

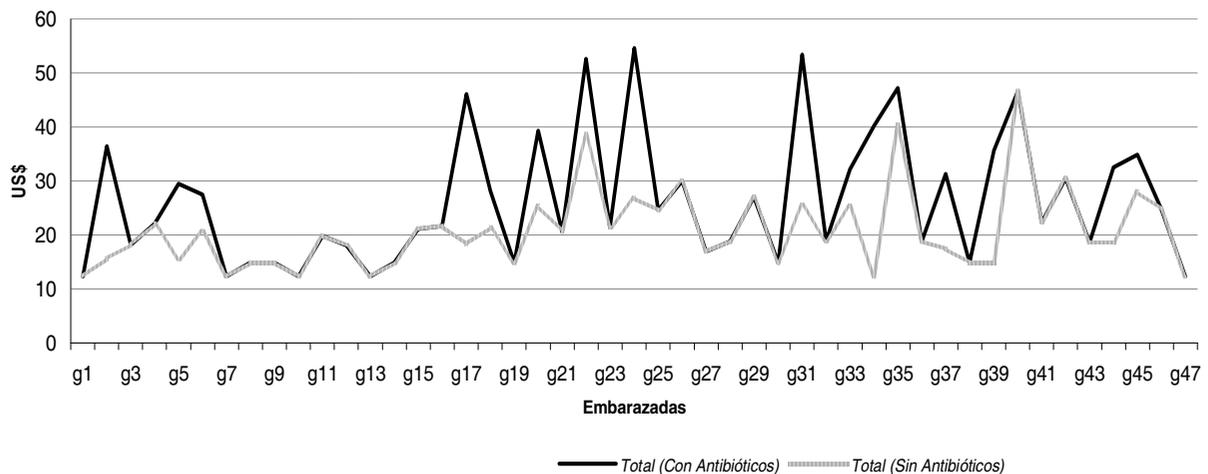


Figura 1 - Representación de costo de medicamentos por las embarazadas en la Unidad de Salud de la Familia, Sapopemba, Región Sudeste del MSP. Sao Paulo, 2003

El costo medio de medicamentos por gestante fue de US\$ 26,22 y la mediana de US\$ 22,08. Las embarazadas que tuvieron las prescripciones restringidas a antianémicos y complejos vitamínicos resultó en US\$ 12,20 y para las que necesitaron otras intervenciones alcanzaron el valor de US\$ 54,65. Esa amplitud del intervalo ocurrió en función de las gestantes, que tuvieron el episodio de infecciones repetidas. En un análisis detallado, se reveló que sin la terapéutica con antibióticos la variación oscilaría entre US\$ 12,20 a US\$ 29,96 el costo de medicamentos en el período de la gestación (Figura 1).

En cuanto al costo de los medicamentos, tratándose de gestantes en condiciones normales, aparentemente, no asumió gastos expresivos. Se verificó que las indicaciones de antibióticoterapia causaron la elevación de costos. Se observó que las

gestantes presentaron necesidades diferentes, lo que hizo alocar profesionales específicos en tres grupos: las 37 gestantes que no tuvieron ocurrencias, ocho gestantes que tuvieron atención odontológica y por último, dos gestantes que tuvieron acompañamiento del equipo de salud mental.

Hechos inusitados se verificaron en relación a los tres grupos de gestantes mencionados anteriormente. Suponiendo que las gestantes se encontraban en condiciones normales, de bajo riesgo, la hipótesis más fuerte era que las que condicionaron la utilización del mayor número de medicamentos fuesen aquellas que tuvieran tratamiento dentario y que tenían acompañamiento del equipo de salud mental. De las 37 gestantes que aparentemente, no tuvieron ocurrencias, presentaron eventos que resultaron en consumo de uno a nueve ítems. Y, las que fueron sometidas al tratamiento

odontológico (n=8) presentaron consumo de uno a seis ítems, las dos gestantes que estaban bajo los cuidados del equipo de salud mental, consumieron de dos a cinco ítems. De esos grupos 12 (32,4%) de ellas fueron sometidas a la terapéutica por infección urinaria con ampicilina o cefalexina llegando a la situación de infección de repetición, y de las que utilizaran el servicio de odontología, tres hicieron uso de antibióticos por causa de la infección dentaria, explicando el carácter de urgencia en la intervención, conforme las fichas de atención. Esas situaciones permiten analizar que las condiciones de vida de esa población explican en gran parte esos eventos, reforzando la hipótesis de que tales situaciones necesitan invertir más en educación en salud. Así, se puede inferir que es posible reducir el costo, en caso de haber espacio técnico en la evaluación de la necesidad real del medicamento.

La experiencia en la recolección de datos de esta investigación mostró que las enfermeras, en esta unidad investigada, están asumiendo la responsabilidad de acompañamiento clínico en el prenatal de bajo riesgo⁽¹⁵⁾. En el proceso de recolección de historias clínicas observase la valoración del acto de prescribir como actividad nuclear, pues, aparentemente los registros que documentaban la asistencia estaban centralizados en la hoja de evolución clínica, sin los registros de las acciones complementarias, como la orientación. Las demás actividades de grupos que conforman la centralidad en acciones educativas, se sobreentiende como acciones conectadas, ciertamente realizadas y elegidas como importantes no estaban documentadas como producto de la consulta.

La existencia de protocolos asistenciales, orientadores de conductas técnicas en relación al uso de fármacos, no son suficientes para asegurar una práctica libre de riesgos pues involucran dimensiones sociales, más allá del momento de prescribir. La seguridad de la mujer embarazada debe ser monitoreada por la evaluación cuidadosa, a partir de las condiciones sociales, prosiguiendo el examen de su estado fisiológico y su historia farmacológica. En esa vertiente, es deseable que existan acciones sistemáticas de orientación y educación en salud,

como estrategias obligatorias, de forma a desarrollar valores preconizados, en la promoción de la salud y prevención de afecciones.

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados obtenidos permitieron concluir que hay homogeneidad en la indicación de fármacos para las gestantes, vislumbrándose la necesidad de profundizar en el análisis en cuanto a los criterios para el uso de éstos, especialmente a los pertenecientes a la categoría C.

Los costos más elevados estuvieron relacionados al uso de antibióticos, indicados en el tratamiento de infecciones y no de suplementos vitamínicos u otros, que visan la mantención de la salud de la madre y del feto.

Un hecho reconocido hoy les que las enfermeras prescriben medicamentos. Esa asertiva viene por la transformación de la función de la enfermera a lo largo de los años, por la importancia técnico-política consignada a la atención básica en el SUS, el rescate de la competencia clínica de la enfermera, bajo los auspicios de la nueva concepción de la salud. Paralelamente, remite al área académica, la necesidad de profundizar en esta temática, en el proceso de formación de estas profesionales.

Si el enfoque del proceso de la gestación es la salud y el uso de medicamentos como una de las estrategias para promover las intervenciones que buscan el complejo equilibrio de la gestante y de su vida, es de suponerse que haya espacio de construcción de la interface individual y del colectivo, con los profesionales, de forma a impulsar la participación de la madre como sujeto de la acción. Esas acciones deben conquistar mayor identidad en el conjunto de cuidados a la salud como momentos de producción compartida, entre usuarias y profesionales. Emerge de ahí, una perspectiva de producción donde subyacen valores sociales, pero generadores de costos en salud, yendo más allá de los valores objetivos que la moneda expresa como ente de cambio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tiefer L. The medicalization of women's sexuality. *Am J Nurs* 2000; 100(12):11.
2. Rezende J, Aranda OL. Anamnese e exame físico. In: Rezende J. *Obstetrícia*. 9ª ed. Rio de Janeiro. 9ª ed. Guanabara Koogan; 2000. p.179-200.

3. Carmo TA, Nitrini SMOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2005; 20(4):1-22.
4. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na embarazo: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 205-12.

5. Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5): 415-20.
6. Secretaria Municipal de Saúde (SP). Atenção à Saúde da Mulher: protocolo de enfermagem. São Paulo; 2003.
7. Silva P. Farmacologia. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
8. Marques MB. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. *Hist Cienc Saúde- Manguinhos* 2000; 7(1): 7-21.
9. Viteri FE. Iron supplementation for the control of iron deficiency in populations at risk. *Nutr Rev* 1997; 55(6):195-209.
10. Galloway R, Dusch E, Elder L, Achadi E, Grajeda R, Hurtado E, et al. Women's perception of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. *Soc Sci & Med* 2002; 55(4):529-44.
11. Grahame SDG, Aronson JK. Farmacoterapia e reprodução. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 85-92.
12. Werler MM, Hayes C, Louik C, Shapiru S, Mitchell AA. Multivitamin supplementation and risk of birth defects. *Am J Epidemiol* 1999; 150(7): 675-82.
13. Cantero MAR. Fatores influenciadores da aderência ao uso de medicamentos durante a gestação. Enfoque no uso de compostos de sais de ferro e vitaminas. *Rev Bras Med* 2003; 60(4): 214-6.
14. Carvalho NS. Infecções urinárias na mulher. *Prática Hospitalar* 2004 6(32): 51- 4.
15. Maeda ST, Ciosak SI. Inversión del recurso-tiempo en la monitorización de embarazadas de bajo riesgo por el equipo de salud de la familia. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2): 188-94.