



## Uso de medicamentos por gestantes da estratégia saúde da família no Nordeste do Brasil


Hudson Manoel Nogueira Campos <sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5413-9110>

Mússio Pirajá Mattos <sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-8792-5860>

Daiene Rosa Gomes <sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-1831-1259>

<sup>1-3</sup> Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva, Centro das Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Oeste da Bahia, Rua Professor José Seabra de Lemos, 316 (Gabinete 38), Recanto dos Pássaros, Barreiras, BA, Brasil, CEP: 47.808-021. E-mail: daiene.gomes@ufob.edu.br

### Resumo

*Objetivos:* avaliar o uso de medicamentos, exposição a potenciais riscos e os fatores associados antes e durante a gestação pelas gestantes atendidas na Estratégia Saúde da Família em município do nordeste brasileiro.

*Métodos:* trata-se de um estudo transversal realizado com gestantes atendidas no município de Barreiras, Bahia, Brasil. No processo de análise dos dados, foram estimadas as prevalências e frequências de utilização de medicamentos. Para investigar a associação entre variáveis, a medida do desfecho foi expressa pela razão de prevalência (bruta e ajustada) com intervalo de 95% de confiança pela regressão de Poisson.

*Resultados:* a prevalência do uso de medicamentos antes da gestação foi 35% e durante de 80,7%. Os analgésicos e antianêmicos foram os grupos de medicamentos prevalentes antes e durante a gestação, respectivamente. A renda familiar ( $\leq 1$  salário mínimo;  $RP=1,62$ ;  $IC95\%=1,02-2,55$ ), mostrou associação ao uso anterior; problemas de saúde ( $RP=2,32$ ;  $IC95\%=1,27-4,22$ ) e queixas na gestação ( $RP=2,39$ ;  $IC95\%=1,28-4,47$ ) tiveram associação para o uso durante.

*Conclusões:* a caracterização de uma alta prevalência do uso de medicamentos por gestantes, aliado a uma tendência de falhas no planejamento familiar pôde demonstrar a exposição dos riscos da utilização de algumas substâncias nocivas em períodos próximos da concepção e na gestação.

**Palavras-chave** *Uso de medicamentos, Gestantes, Farmacoepidemiologia, Cuidado pré-natal.*



## Introdução

No Brasil, estruturação de uma linha de cuidados na saúde materna e infantil, a Rede Cegonha, promove o aprimoramento das ações que ampliam o acesso gratuito à saúde desse grupo na promoção de cuidados pré-natais.<sup>1</sup> Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF), irá servir como alicerce dessa política para a concepção dos planejamentos que irão atingir o bem estar da gestante.<sup>2</sup> Entretanto, frequentemente em algum momento da gestação sintomas ou incômodos poderão afetar sua situação de saúde. Isso é perceptível devido às mudanças físicas e/ou psicológicas provocadas por esse fenômeno fisiológico.<sup>3</sup> Por pertencer a uma cultura medicalizadora, a maioria delas vêem o medicamento como a única opção de cura para dores e outros eventos comuns.<sup>4</sup> Essa situação representa perigos eminentes, haja vista que a utilização de medicamentos durante a gestação pode expor o feto a ações de teratogenicidade, riscos fetotóxicos, alterações no desenvolvimento dos tecidos ou na formação dos órgãos embrionários e na disfunção de alguma estrutura fetal previamente formada.<sup>5</sup> Assim, o real problema não é somente a visão que as gestantes possuem do medicamento, mas sim, os riscos evitáveis em que ela e seu filho estão sendo expostos ao utilizá-los com segurança questionável.

Aliada a isso, desde o histórico acidente com a talidomida em 1950 que gerou defeitos congênitos em mais de 10.000 crianças, houve uma mudança no caminho para a investigação da ação de drogas na gestação.<sup>6</sup> Entretanto, por motivos éticos, grávidas são excluídas de ensaios clínicos, dificultando a missão de determinar a segurança de fármacos na gestação, produzindo assim, uma prática médica ainda mais restrita.<sup>7</sup> A fim de minimizar as dúvidas persistentes durante possíveis intervenções farmacológicas, a *Food and Drug Administration* (FDA) classifica os medicamentos de acordo com os seus riscos baseados nas evidências.<sup>8</sup>

Apesar da disseminação das informações dos riscos potenciais dos medicamentos na gestação, o cenário de sua utilização por gestantes vem se revelando uma prática cada vez mais crescente e comum. Como prova disso, um estudo multinacional,<sup>9</sup> realizado entre países da Europa, da América do Norte e Sul e na Austrália revela 81% de prevalência do uso de medicamentos durante gestação. Semelhante a isso, estudos brasileiros mostraram uma variação de 80-94% na prevalência desse uso.<sup>4,10</sup> Além disso, é evidenciado que mães mais velhas (acima de 30 anos), que não possuem pele preta, pertencentes a um baixo nível socioeconômico podem representar o grupo de gestantes que estão associadas a um maior consumo de medicamentos na gestação.<sup>4,10</sup> Da mesma forma, as casadas, com alta renda e maiores níveis de escolaridade também apresentam essa relação com o uso.<sup>11</sup>

Nessa direção, o conhecimento sobre a segurança do consumo de medicamentos na gestação está limitado a poucas evidências científicas. Desse modo, estudos epidemiológicos observacionais representam um auxílio para a determinação de quais riscos potenciais esse grupo está exposto, bem como também avaliar a situação da saúde materna e infantil. Estudos como esse contribuem significativamente para determinar o papel da ESF e das unidades de saúde na transformação das situações em que as gestantes estão inseridas com o aumento dos riscos na utilização de medicamentos.

O presente estudo objetiva avaliar o uso de medicamentos, exposição a potenciais riscos e os fatores associados antes e durante a gestação pelas gestantes atendidas na ESF em município do nordeste brasileiro.

## Métodos

Trata-se de um estudo transversal aninhado a uma coorte prospectiva intitulada *Coorte materno-infantil: perfil epidemiológico de Gestantes, Lactantes e Crianças atendidas pela Estratégia da Saúde da Família do Município de Barreiras, Bahia*. A pesquisa foi realizada nas ESF do município de Barreiras, Bahia, no nordeste do Brasil. Constituíram a população desta pesquisa as gestantes que realizaram o pré-natal nas Unidades de Saúde da Família (USF) do Sistema Único de Saúde (SUS). O estudo foi desenvolvido no período de janeiro a dezembro de 2019.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a cidade está localizada na região oeste da Bahia, a 863 km da capital Salvador e 622 km da capital federal, com uma população estimada de 155.439 pessoas para o ano de 2019. Apresenta extensão territorial de 7.859,716 km<sup>2</sup> (2018) e densidade demográfica de 17,49 hab/ km<sup>2</sup> (2010), além de ser cortado por três importantes rodovias federais (BR 020, a BR 135 e a BR 242), caracterizando-o como principal entroncamento para as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte do Brasil.

O município corresponde à sede macrorregional de saúde referência para 37 sistemas municipais de pequeno e médio porte. Em janeiro de 2019, a cidade de Barreiras continha 26 USF, sendo uma localizada na zona rural e as demais na zona urbana, com a cobertura da atenção básica de 63,24%.<sup>12</sup> Apresentava uma taxa de mortalidade infantil de 14,62 óbitos por mil nascidos vivos, o que a colocou na posição 216 no *ranking* comparativo com as demais cidades do estado da Bahia, em 2017.<sup>13</sup>

Para o dimensionamento da amostra adotou-se o total de nascidos vivos (n=2716) na cidade de Barreiras, Bahia, em 2018, informação obtida pelo Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) no DATASUS. Apesar de ser uma superestimação do quantitativo de gestantes atendidas pela ESF no município, usou-se esse dado

pela escassez de publicização do total de gestantes acompanhadas pela ESF. Considerou-se, também, para o cálculo amostral, a prevalência do uso de medicamentos de 50%, com erro máximo aceitável de 5 pontos percentuais e o nível de 95% de confiança. Assim, obteve-se a amostra mínima de 337 gestantes.

As gestantes foram selecionadas de forma aleatória nas USF da zona urbana do município, sendo excluídas as da zona rural, devido à dificuldade de acesso. Dessa forma, participaram deste estudo as gestantes com idade igual ou maior que 18 anos, residentes e domiciliadas na zona urbana do município, com qualquer idade gestacional e que realizaram ao menos uma consulta de pré-natal.

Seguiu-se um roteiro estruturado durante as entrevistas individuais e análise documental do cartão da gestante. Foram coletadas informações sobre variáveis socioeconômicas e maternas, incluindo aspectos que envolveram a saúde da mulher nas gestações anteriores, quando era o caso, e dados da gestação atual, como o uso de medicamentos.

Partindo da suposição de que algumas tiveram gestações não planejadas, preocupou-se em obter dados sobre a utilização de medicamentos não só durante, mas também antes da gestação. Para os que responderam sim, foram registrados nome, forma farmacêutica e dose de cada especialidade farmacêutica, e se prescrita ou não por profissional de saúde.

Os medicamentos autorrelatados pelas gestantes foram classificados, com base nos níveis da *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC), da Organização Mundial da Saúde (OMS).<sup>14</sup> Visando categorizar os potenciais riscos em que mãe e filho estavam sendo expostos, os medicamentos também foram classificados: consoante as categorias de risco na gestação estabelecidas pela *Food and Drug Administration* (FDA),<sup>8</sup> em que os classificam em A (estudos em humanos não mostraram riscos), B (ao contrário de estudos em humanos, os realizados em animais mostram riscos), C (Não foram realizados estudos em humanos, mas os em animais mostram risco), D (evidência de risco humano fetal) e X (os riscos evidenciados superam qualquer benefício); e consoante as indicações (Indicado, Contraindicado e Uso com cautela) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa)<sup>15</sup> durante o período da gravidez.

Para analisar a exposição ao uso de medicamentos, foram avaliadas variáveis socioeconômicas, demográficas, maternas e de utilização de serviços de saúde, como: Idade materna (18-25 anos, 26-29, 30-34, >34 anos), planejamento da gestação (sim, não), escolaridade ( $\leq 8$  anos, 9-11, >11 anos), situação conjugal (com companheiro, sem companheiro), renda familiar ( $>1$ ,  $\leq 1$  salário mínimo), classe econômica (A/B, C/D/E), cor de pele (preta, não preta), fumante (sim, não), consumo de álcool (sim, não), número de gestações anteriores ( $\geq 2$ ,  $< 2$ ),

história de aborto (sim, não), início do pré-natal (durante o 1º trimestre, após o 1º trimestre), número de consultas pré-natal ( $\leq 3$ ,  $> 3$ ), ter algum dos seguintes problemas de saúde (sim, não): anemia, asma, tuberculose, pneumonia, diabetes, hipertensão, doença renal, infecção urinária e hemorroidas; e ter as seguintes queixas na gestação (sim, não): náuseas/enjoo, vômitos, dor, febre, gases, azia, inflamação, prisão de ventre, dor de cabeça, cólica abdominal, diarreia e falta de apetite.

Os questionários obtidos após as entrevistas foram digitados e validados no *software Validate Epidate*, versão 3.1, com sistema de checagem automática de consistência e amplitude. Após a validação e limpeza de duplicadas e erros sistemáticos, as informações dos medicamentos foram alocadas em tabelas no programa *Microsoft Excel 2007* para facilitar a quantificação e a classificação conforme as categorias pré-definidas da ATC, FDA e Anvisa.

As análises estatísticas foram realizadas no programa Stata, versão 13.0 (*StataCorp LP, College Station, Estados Unidos*).

No processo de análise dos dados, foram estimadas as respectivas prevalências e frequências de utilização de medicamentos antes e durante a gestação, utilizando como denominador o total de gestantes e o total de medicamentos, respectivamente, segundo características demográficas, socioeconômicas e de saúde. A análise bivariada foi realizada para investigar a associação entre as variáveis independentes e a utilização de medicamentos antes e durante a gestação; a medida do desfecho foi expressa pela razão de prevalência (RP) com intervalo de 95% de confiança (IC95%). Para o modelo multivariado foram incluídas as variáveis com valores de  $p \leq 0,20$  na análise bruta, por meio do procedimento *stepwise*. Assim, foi possível calcular a RP ajustada (RP<sub>a</sub>) estimada pela regressão de Poisson com variância robusta, com IC95%, com  $p \leq 0,50$ .

*A Coorte materno-infantil: perfil epidemiológico de Gestantes, Lactantes e Crianças atendidas pela Estratégia da Saúde da Família do Município de Barreiras, Bahia* foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos do Centro Universitário do Rio São Francisco (UNIRIOS), sob o CAAE nº 32748820.1.0000.8166, com parecer nº 4.135.057.

## Resultados

Foram incluídas no estudo 337 gestantes atendidas pelas ESF. Dentre esse público, a maioria (40,8%) estava na faixa etária de 18 a 25 anos, mais que a metade (65,5%) apresentou um bom índice de escolaridade com mais de 11 anos de estudos. Entretanto, quase 72% dessas gestantes possuíam uma renda familiar de um salário mínimo ou menos e cerca de 80% eram pertencentes da classe econômica C, D ou E. A respeito da situação conjugal,

92,3% viviam com um companheiro e 57,6% não estavam planejando aquela gestação. Uma grande parte dessas gestantes (84,6%) iniciou o pré-natal logo no primeiro trimestre da gestação e realizou até o dia da entrevista mais de três consultas (62,3%). Um pouco mais da metade (52%) das entrevistadas não tinha diagnóstico de algum problema de saúde, mas 80% delas tiveram queixas durante a gestação (Tabela 1).

O uso de medicamentos antes do momento da descoberta da gestação foi autorrelatado por 118 (35%) gestantes, representando um total de 173 utilizados, havendo participantes que relataram o uso de mais de um medicamento. Dentre esses, 27% eram originados por automedicação (dados não apresentados em tabela). Consoante o segundo nível da ATC, a classe mais prevalente foram os analgésicos (12,8%), hormônios sexuais e

Tabela 1

Características maternas	Gestantes			Uso de medicamentos durante a gestação			Uso de medicamentos antes da gestação		
	n	%	IC95%	n	%	IC95%	n	%	IC95%
Idade materna (anos)									
18 – 25	137	40,8	35,9 – 45,5	118	86,1	80,3 – 91,2	44	32,1	24,1 – 40,1
26 – 29	68	20,2	16,2 – 24,4	53	77,9	66,9 – 87,6	20	29,4	19,1 – 40,5
30 – 34	72	21,4	17,1 – 25,5	55	76,4	66,7 – 84,7	32	44,4	33,3 – 56,9
>34	59	17,6	13,2 – 22,3	45	76,3	64,4 – 86,4	22	37,3	25,4 – 49,2
Planejava a gestação									
Não	194	57,6	52,2 – 63,2	152	78,4	71,6 – 83,8	64	33,0	25,5 – 39,2
Sim	143	42,4	36,8 – 47,8	120	83,9	77,6 – 90,2	54	37,8	29,7 – 46,9
Escolaridade (anos)									
≤ 8	27	8,1	1,4 – 5,4	22	81,5	66,7 – 96,3	11	40,7	22,2 – 63,0
9 – 11	88	26,4	21,9 – 31,5	65	73,9	63,6 – 83,0	24	27,3	18,2 – 37,5
> 11	218	65,5	60,4 – 70,6	181	83,0	78,7 – 88,1	82	37,6	31,2 – 44,8
Situação conjugal									
Sem companheiro	26	7,7	5,0 – 10,4	22	84,6	69,2 – 96,2	7	26,9	11,5 – 42,3
Com companheiro	311	92,3	89,6 – 95,0	250	80,4	75,6 – 85,1	111	35,7	30,7 – 41,5
Renda familiar (salários mínimos)									
>1	95	28,2	23,4 – 32,9	72	75,8	66,3 – 83,2	23	24,2	16,3 – 32,6
≤1	242	71,8	67,1 – 76,6	200	82,6	77,3 – 87,6	95	39,3	33,2 – 45,9
Classe econômica									
A/B	59	17,5	13,6 – 22,6	49	83,1	72,9 – 93,2	23	39,0	27,1 – 50,8
C/D/E	278	82,5	77,4 – 86,4	223	80,2	75,5 – 84,5	95	34,2	28,8 – 39,8
Cor de pele									
Não pretas*	268	79,5	75,2 – 83,4	215	80,2	75,5 – 85,4	95	35,4	29,9 – 41,6
Pretas	69	20,5	16,6 – 24,8	57	82,6	73,1 – 92,1	23	33,3	23,2 – 44,9
Fumante									
Não	326	96,7	95,0 – 98,5	264	81,0	76,4 – 85,0	115	35,3	30,1 – 40,0
Sim	11	3,0	1,5 – 5	8	72,7	45,5 – 100,0	3	27,3	4,2 – 54,5
Consome álcool									
Não	284	84,3	80,3 – 88,3	234	82,4	77,8 – 87,0	101	35,6	30,6 – 41,2
Sim	53	15,7	11,7 – 19,7	38	71,7	58,5 – 84,9	17	32,1	20,8 – 44,4
Número de gestações anteriores									
≥2	117	34,7	29,7 – 39,9	96	82,1	74,4 – 88,9	38	32,5	23,5 – 41,9
<2	220	65,3	60,1 – 70,3	176	80,0	74,1 – 85,5	80	36,4	29,1 – 43,6
História de aborto									
Não	252	74,8	69,7 – 78,9	206	81,7	76,2 – 85,9	90	35,7	29,7 – 41,7
Sim	85	25,2	21,1 – 30,3	66	77,6	69,4 – 85,9	28	32,9	22,4 – 43,5
Início do pré-natal									
Durante o 1º trimestre	285	84,6	79,8 – 88,6	231	81,1	75,6 – 85,6	100	35,1	29,6 – 40,7
Após o 1º trimestre	52	15,4	11,4 – 20,2	41	78,8	67,3 – 90,4	18	34,6	19,2 – 46,2

Consultas pré-natal									
≤3	127	37,7	32,6 – 43,0	95	74,8	66,5 – 81,9	43	33,9	25,6 – 42,9
>3	210	62,3	57,0 – 67,4	177	84,3	78,6 – 89,0	75	35,7	28,3 – 42,4
Tem algum problema de saúde**									
Não	175	51,9	45,8 – 57,1	129	73,7	66,5 (80,3)	58	33,1	26,5 – 40,0
Sim	162	48,1	42,9 – 54,2	143	88,3	83,3 – 93,2	60	37,0	29,3 – 44,8
Ter queixas na gestação#									
Não	65	19,3	14,5 – 23,7	43	66,2	55,4 – 77,8	20	30,8	19,2 – 43,1
Sim	272	80,7	76,3 – 85,5	229	84,2	79,6 – 88,2	98	36,0	30,1 – 41,9

IC95% = Intervalo de 95% de confiança; \* Gestantes que autorreferiram ser amarelas, brancas ou indígenas; \*\* Anemia, asma, tuberculose, pneumonia, diabetes, hipertensão, doença renal, infecção urinária e hemorroidas; # Náuseas/enjoo, vômitos, dor, febre, gases, azia, inflamação, prisão de ventre, dor de cabeça, cólica abdominal, diarreia e falta de apetite.

Nota: Existem perdas em algumas variáveis.

moduladores do aparelho genital (9,2%), tratamento de alterações funcionais do estômago e intestinos (2,7%), antianêmicos (2,7%) e agentes bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta (1,2%) (Tabela 2).

Durante a gestação, o número de mulheres que utilizou pelo menos um medicamento aumentou mais que o dobro, apresentando uma prevalência de 80,7%. Em relação à quantidade de usos, o crescimento foi maior (N=623), alcançando quase quatro vezes mais a do período anterior ao diagnóstico. Desses utilizados, quase todos (98%) foram declarados como prescritos e solicitados por um profissional capacitado (dados não apresentados em tabela).

De acordo com o primeiro nível (por grupo anatômico) de classificação da ATC, houve uma maior prevalência de gestantes que durante a gravidez utilizaram medicamentos para: o sangue e órgãos hematopoiéticos (64,4%), o trato gastrointestinal e metabolismo (30,6%), o sistema nervoso central (14,2%), o sistema cardiovascular (6%) e os anti-infecciosos de uso sistêmico (4,7%). No segundo nível, de acordo com a finalidade terapêutica, prevaleceram gestantes que utilizavam medicamentos: antianêmicos (64,4%), vitaminas (22,3%), analgésicos (14,2%), antibacterianos (4,5%) e anti-hipertensores (4,2%) (Tabela 2).

A maioria dos medicamentos utilizados antes da gestação possuía classificação de risco C na gravidez (42%) e considerados contraindicados para serem utilizados, principalmente no primeiro trimestre (58%). Após esses, os mais frequentes foram os classificados com risco X (22%), A (13%), B (11%) e D (7%); com indicação da Anvisa para o uso (15%) e para serem utilizados com cautela (21%). A classificação daqueles usados na gestação mostrou que grande parte (76%) apresentava risco A. Por conseguinte, 11,1% apresentaram risco C, 10% com risco B e os de risco D e X, mostraram-se com 0,6% e 0,3%, respectivamente. Quanto a classificação da Anvisa, 73% eram indicados na gestação, 21% a serem usados com cautela e 5% eram contraindicados (Tabela 3).

Dentre as variáveis de exposição para o uso de medicamentos no período anterior a gestação, a única que apresentou associação estatística significativa na

análise bivariada foi possuir renda familiar de um salário mínimo ou menos (RP=1,62; IC95%=1,02-2,55). E para o momento da gestação, a realização de mais de 3 consultas de pré-natal (RP=1,80; IC95%=1,04-3,12), ter algum problema de saúde (RP=2,68; IC95%=1,49-4,81) e a presença de queixas na gestação (RP=2,72; IC95%=1,48-5,00) também obteve associação semelhante. Após a análise multivariada, a renda familiar ≤1 salário mínimo (RP=1,63; IC95%=1,03-2,58) permaneceu significativa no período anterior à gestação, e apenas “ter problema de saúde” (RP=2,32; IC95%=1,27-4,22) e “ter queixas na gestação” (RP=2,39; IC95%=1,28-4,47) permaneceram como fatores associados ao uso de medicamentos durante a gestação (Tabela 4).

## Discussão

A utilização de medicamentos antes da gravidez representa algum risco à gestação. Principalmente àquelas que não tiveram a intenção de engravidar, haja vista que, até então não imaginavam que seus hábitos estariam gerando prejuízos no desenvolvimento de um futuro filho.<sup>16</sup> Com isso, a prevalência do uso de medicamentos encontrada nesse período representou 35% das gestantes. Comparado a outros estudos, esse dado foi relativamente menor, pois apresentaram prevalências de 46,7%<sup>16</sup> e 52,1%.<sup>17</sup> De qualquer forma, esse número demonstra exposição materna a desfechos evitáveis para ambos os envolvidos. Apesar de que o uso de medicamentos antes da gestação deva ser evitado, algumas doenças exigem algum tratamento farmacológico, por isso, um planejamento familiar e um aconselhamento pré-concepcional é necessário para a segurança das vidas.

Além disso, a quantidade de medicamentos antes da gestação sem prescrição foi inferior ao valor de 53,9%, encontrado em um estudo brasileiro no interior da Bahia.<sup>10</sup> Entretanto, não pode negligenciar os perigos em que elas estão expostas, haja vista que os prejuízos da automedicação são ainda maiores. Os critérios de escolha de medicamentos por um profissional são diferentes

Tabela 2

Prevalência de gestantes que utilizaram pelo menos um medicamento durante a gestação em cada um dos grupos farmacológicos da Anatomical Therapeutic Chemical Classification System (ATC). Barreiras, Bahia, 2020.

Classificação ATC	Gestantes*			
	Durante a gestação		Antes da gestação	
	n	%	n	%
Sangue e órgãos hematopoiéticos – B	217	64,4	13	3,9
Antianêmicos - B03	217	64,4	9	2,7
Fármacos com ferro – B03A	193	57,3	2	0,6
Vitamina B12 e ácido fólico – B03B	192	57,0	9	2,7
Agentes antitrombóticos – B01	1	0,3	2	0,6
Substitutos do plasma e soluções para perfusão – B05	0	-	1	0,3
Soluções para irrigação – B05C	0	-	1	0,3
Trato gastrointestinal e metabolismo – A	103	30,6	23	6,8
Vitaminas – A11	75	22,3	4	1,2
Combinações de multivitaminas – A11A	10	3,0	3	0,9
Vitaminas A e D – A11C	8	2,4	0	-
Ácido ascórbico incluindo associações – A11G	40	11,9	0	-
Outras vitaminas isoladas – A11H	1	0,3	0	-
Outras associações de vitaminas – A11J	9	2,7	1	0,3
Tratamento de alterações funcionais do estômago e intestinos – A03	17	5,0	9	2,7
Fármacos para o tratamento de alterações funcionais gastrointestinais – A03A	3	0,9	0	-
Beladona e derivados, isolados – A03B	6	1,8	9	2,7
Anti-espasmódicos em associação com analgésicos – A03D	8	2,4	0	-
Tratamento de alterações causadas por ácidos – A02	3	0,9	4	1,2
Anti-ácidos – A02A	3	0,9	1	0,3
Fármacos para o tratamento da úlcera péptica e do refluxo gastroesofágico – A02B	0	-	2	0,6
Fármacos utilizados na Diabetes – A10	2	0,6	3	0,9
Insulinas e análogos – A10A	1	0,3	2	0,6
Antidiabéticos, excluindo insulinas – A10B	1	0,3	1	0,3
Suplementos minerais – A12	1	0,3	2	0,6
Cálcio – A12A	1	0,3	2	0,6
Anti-eméticos e anti-vertiginosos – A04	9	2,7	1	0,3
Digestivos, incluindo enzimas – A09	0	-	1	0,3
Sistema nervoso central – N	48	14,2	50	14,8
Analgésicos – N02	48	14,2	43	12,8
Opiáceos – N02A	0	-	2	0,6
Outros analgésicos e antipiréticos – N02B	47	13,9	37	11,0
Fármacos usados na enxaqueca – N02C	1	0,3	2	0,6
Anti-epiléticos – N03	0	-	2	0,6
Anti-epilépticos – N03A	0	-	2	0,6
Psicolépticos – N05	2	0,6	3	0,9
Antipsicóticos – N05A	1	0,3	1	0,3
Ansiolíticos – N05B	0	-	1	0,3
Psicoanalépticos – N06	0	-	3	0,9
Antidepressivos – N06A	0	-	3	0,9
Outros fármacos para o sistema nervoso – N07	0	-	1	0,3
Fármacos antivertiginosos – N07C	0	-	1	0,3
Sistema cardiovascular – C	20	5,9	7	2,1
Anti-hipertensores – C02	14	4,2	0	-
Agentes anti-adrenérgicos de ação central – C02A	14	4,2	0	-
Agentes Bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta – C07	0	-	4	1,2
Agentes Bloqueadores dos receptores adrenérgicos beta – C07A	0	-	3	0,9
Agentes Bloqueadores adrenérgicos beta associados a outros anti-hipertensivos – C07F	0	-	1	0,3
Anti-dislipidêmicos – C10	6	1,8	1	0,3

Fármacos modificadores dos lipídios, isolados – C10A	6	1,8	1	0,3
Agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina – C09	0	-	2	0,6
Inibidores da ECA – C09A	0	-	2	0,6
Diuréticos – C03	0	-	1	0,3
Diuréticos tiazídicos – C03A	0	-	1	0,3
Anti-infecciosos de uso sistêmico – J	16	4,7	3	0,9
Antibacterianos de uso sistêmico – J01	15	4,5	2	0,6
Antibacterianos lactâmicos-beta, penicilinas – J01C	3	0,9	2	0,6
Macrólidos, Lincosamidas e estreptograminas – J01F	3	0,9	0	-
Quinolonas – J01M	1	0,3	0	-
Outros antibacterianos – J01X	8	2,4	0	-
Anti-micobacterianos – J04	1	0,3	1	0,3
Fármacos usados no tratamento da tuberculose – J04A	1	0,3	1	0,3
Sistema genito-urinários e hormônios sexuais – G	4	1,2	31	9,2
Anti-infecciosos e antissépticos usados em ginecologia – G01	1	0,3	0	-
Anti-infecciosos e antissépticos, excluindo associações com corticosteróides – G01A	1	0,3	0	-
Hormônios sexuais e moduladores do aparelho genital – G03	3	0,9	31	9,2
Contraceptivos hormonais de uso sistêmico – G03A	0	-	20	5,9
Antiandrógenos – G03H	0	-	10	3,0
Progestagênicos ou progestativos – G03D	3	0,9	0	-
Progestagênicos ou progestativos associados a estrogênicos – G03F	0	-	1	0,3
Preparados hormonais sistêmicos – H	2	0,6	4	1,2
Corticosteróides de uso sistêmicos – H02	0	-	1	0,3
Corticosteróides de uso sistêmicos isolados – H02A	0	-	1	0,3
Terapêutica da tireoide – H03	2	0,6	3	0,9
Preparações da tireoide – H03A	2	0,6	3	0,9
Terapêutica com iodo – H03C	-	-	1	0,3
Sistema musculoesquelético – M	2	0,6	13	3,9
Fármacos anti-inflamatórios e anti-reumáticos – M01	1	0,3	3	0,9
Anti-inflamatórios e anti-reumáticos não esteróides – M01A	1	0,3	3	0,9
Relaxantes musculares – M03	1	0,3	10	3,0
Relaxantes musculares de ação central – M03B	1	0,3	10	3,0
Sistema respiratório – R	2	0,6	1	0,3
Terapêutica nasal – R01	1	0,3	0	-
Descongestionantes e outros fármacos de uso tópico nasal – R01A	1	0,3	0	-
Fármacos para o tratamento de afecções respiratórias obstrutivas – R03	0	-	1	0,3
Fármacos adrenergicos de inalação – R03A	0	-	1	0,3
Outros fármacos de inalação para o tratamento de afecções respiratórias obstrutivas – R03B	0	-	1	0,3
Fármacos para a tosse e constipações – R05	1	0,3	0	-
Expectorantes, excluindo associações com anti-tússicos – R05C	1	0,3	0	-
Anti-histamínicos de uso sistêmicos – R06	1	0,3	0	-
Anti-histamínicos de uso sistêmico – R06A	1	0,3	0	-
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores – L	0	-	2	0,6
Agentes antineoplásicos – L01	0	-	1	0,3
Antibióticos citotóxicos e substâncias afins – L01D	0	-	1	0,3
Imunossuppressores – L04	0	-	1	0,3
Imunossuppressores – L04A	0	-	1	0,3
Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes – P	0	-	1	0,3
Anti-protozoários – P01	0	-	1	0,3
Antimaláricos – P01B			1	0,3
Outros	11	3,3	10	3,0
Total	337	421,4	337	135,3

\*Proporção de gestantes usuárias de medicamentos que fizeram uso daquele grupo; \*\* O total das porcentagens soma mais de 100% porque várias gestantes utilizaram mais de um medicamento.

Tabela 3

Frequência de medicamentos utilizados antes e durante a gestação por grupo *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) e risco dos seus usos na gravidez segundo o *Food and Drug Administration* (FDA) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Barreiras, Bahia, 2020.

Classificação ATC	Medicamentos			
	Durante a gestação		Antes da gestação	
	n	%	n	%
Sangue e órgãos hematopoiéticos – B	395	63,4	14	8,1
Trato gastrointestinal e metabolismo – A	116	18,6	25	14,5
Sistema nervoso central – N	52	8,3	58	33,5
Sistema cardiovascular – C	21	3,4	9	5,2
Anti-infecciosos de uso sistêmico – J	17	2,7	3	1,7
Sistema geniturinário e hormônios sexuais – G	4	0,6	31	17,9
Sistema respiratório – R	3	0,5	2	1,2
Preparados hormonais sistêmicos – H	2	0,3	5	2,9
Sistema musculoesquelético – M	2	0,3	13	7,5
Agentes antineoplásicos e imunomoduladores – L	0	-	2	1,2
Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes – P	0	-	1	0,6
Outros	11	1,8	10	5,8
<b>Risco do uso de medicamentos na gravidez segundo o FDA</b>				
A	474	76,0	22	13,0
B	63	10,0	19	11,0
C	69	11,1	72	42,0
D	4	0,6	12	7,0
X	2	0,3	38	22,0
Não classificados	11	1,8	10	6,0
<b>Risco do uso de medicamentos na gravidez segundo a ANVISA</b>				
Indicado	454	73,0	26	15,0
Contraindicado	30	5,0	100	58,0
Uso com cautela	128	21,0	37	21,0
Sem informação	11	2,0	10	6,0
Total	623	100,0	173	100,0

daqueles usados na automedicação, assim há uma baixa probabilidade de consumo daqueles considerados com risco se utilizados através da prescrição.<sup>11,17</sup>

Antes da gestação, a classe dos analgésicos foi a mais utilizada entre as gestantes, em que dentre esses medicamentos, a dipirona se destaca como o mais frequente. O uso desse fármaco esteve associado ao desenvolvimento de defeitos congênitos, como o tumor de Wilms e sugestiva para o aumento do risco de leucemia na infância.<sup>18</sup> Após os analgésicos, os mais utilizados foram os hormônios sexuais, incluindo os anticoncepcionais de uso oral.

Assim, estudos de base populacional descartam a ideia de que a exposição fetal precoce de anticoncepcionais esteja associada a defeitos congênitos ou a aborto espontâneo.<sup>19</sup> Apesar das evidências apontadas, a prevalência do uso desses fármacos reflete um possível problema de adesão terapêutica que resultou na ineficácia contraceptiva. Isso poderia ter sido evitado com aconselhamento de um farmacêutico ou do prescritor, e por isso, essas gestantes podem não ter as condições

(saudáveis, financeira, psicológica ou social) favoráveis para uma gestação não planejada.

Na gestação, o aumento do uso de medicamentos representa um motivo para existir medidas de atenção aos cuidados no desenvolvimento gestacional e no mapeamento das reais necessidades e riscos da prática. De maneira semelhante ao presente estudo, há evidências de que o uso representa cerca de 80% das gestantes.<sup>4,10</sup> Outros estudos nacionais apresentaram uma prevalência acima de 90%.<sup>11,16</sup> O desenvolvimento da área farmacêutica em consonância ao investimento governamental promove o crescimento do consumo por qualquer grupo social.<sup>20</sup> Antes de iniciar uma terapia medicamentosa deve-se levar em conta alguns critérios (idade da mãe, comorbidades e até outras alternativas não-medicamentosas) para evitar eventos indesejados,<sup>17</sup> e por esse resultado pode-se inferir que as prescrições estejam sendo menos criteriosas. Assim, os riscos em que a maioria dessas gestações possuem é inevitável. Essa medida é justificável, em alguns casos, quando se é necessária uma exposição fetal para a



Tabela 4

Razões de prevalência bruta (RP) e ajustada (RPa) para uso de medicamentos antes e durante a gestação e características socioeconômicas e de saúde em gestantes. Barreiras, Bahia, 2020 (N=337).

Características maternas	Antes da gestação		Durante a gestação	
	RP (IC95%)	RPa (IC95%)	RP (IC95%)	RPa (IC95%)
<b>Idade materna (anos)</b>				
18 – 25	1,0	1,0	1,0	-
26 – 29	0,91 (0,53 – 1,55)	0,87 (0,51 – 1,49)*	0,90 (0,65 – 1,25)	-
30 – 34	1,38 (0,87 – 2,18)	1,31 (0,81 – 2,12)*	0,88 (0,64 – 1,22)	-
>34	1,16 (0,69 – 1,93)	1,09 (0,63 – 1,87)*	0,88 (0,62 – 1,24)	-
<b>Planejava a gestação</b>				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	1,14 (0,79 – 1,64)	-	1,07 (0,84 – 1,36)	-
<b>Escolaridade (anos)</b>				
≤ 8	1,00	-	1,0	-
9 - 11	0,66 (0,32 – 1,36)	-	0,90 (0,55 – 1,47)	-
> 11	0,92 (0,49 – 1,73)	-	1,01 (0,65 – 1,58)	-
<b>Situação conjugal</b>				
Sem companheiro	1,0	-	1,0	-
Com companheiro	1,32 (0,61 – 2,84)	-	0,95 (0,61 – 1,46)	-
<b>Renda familiar (salário mínimo)</b>				
>1	1,0	1,0	1,0	-
≤1	1,62 (1,02 – 2,55)	1,63 (1,03 – 2,58)*	1,09 (0,83 – 1,42)	-
<b>Classe econômica</b>				
A/B	1,0	-	1,0	-
C/D/E	0,87 (0,55 – 1,38)	-	0,96 (0,70 – 1,31)	-
<b>Cor de pele</b>				
Não pretas	1,0	-	1,0	-
Pretas	0,94 (0,59 – 1,48)	-	1,02 (0,76 – 1,37)	-
<b>Fumante</b>				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	0,77 (0,24 – 2,43)	-	0,89 (0,44 – 1,81)	-
<b>Consome álcool</b>				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	0,90 (0,53 – 1,50)	-	0,87 (0,61 – 1,22)	-
<b>Número de gestações anteriores</b>				
≥2	1,0	1,0	1,0	-
<2	1,13 (0,77 – 1,66)	1,09 (0,71 – 1,66)*	0,97 (0,75 – 1,24)	-
<b>História de aborto</b>				
Não	1,0	-	1,0	-
Sim	0,92 (0,60 – 1,40)	-	0,94 (0,71 – 1,25)	-
<b>Início do pré-natal</b>				
Durante o 1º trimestre	1,0	-	1,0	-
Após o 1º trimestre	0,98 (0,59 – 1,62)	-	0,97 (0,69 – 1,35)	-
<b>Consultas pré-natal</b>				
≤3	1,0	-	1,0	1,0
>3	1,05 (0,72 – 1,53)	-	1,80 (1,04 – 3,12)	1,61 (0,91 – 2,85)*
<b>Tem algum problema de saúde**</b>				
Não	1,0	-	1,0	1,0
Sim	1,11 (0,77 – 1,60)	-	2,68 (1,49 – 4,81)	2,32 (1,27 – 4,22)*
<b>Ter queixas na gestação#</b>				
Não	1,0	-	1,0	1,0
Sim	1,17 (0,72 – 1,89)	-	2,72 (1,48 – 5,00)	2,39 (1,28 – 4,47)*

IC95% = Intervalo de 95% de confiança; \* Variáveis que se mantiveram no modelo final da regressão de Poisson. As caselas não preenchidas correspondem as variáveis que não permaneceram nesse modelo; \*\* Anemia, asma, tuberculose, pneumonia, diabetes, hipertensão, doença renal, infecção urinária e hemorroidas; # Náuseas/enjoo, vômitos, dor, febre, gases, azia, inflamação, prisão de ventre, dor de cabeça, cólica abdominal, diarreia e falta de apetite.

garantia da saúde materna, caso contrário, terapias não medicamentosas devem ser priorizadas.

Apesar de ser comum que as gestantes utilizem medicamentos por conta própria para sintomas leves na gravidez, a automedicação possui uma tendência a diminuir no período gestacional comparado ao período anterior.<sup>21</sup> Isso justifica o fato de que a automedicação relatada nesse estudo foi de 2%. Essa situação pode ser devido a uma limitação do estudo, em que as gestantes possam ter receios de relatar más práticas de saúde. Um outro estudo brasileiro também apresentou uma frequência semelhante.<sup>11</sup> Ainda assim, existir práticas de automedicação demonstra fragilidades na prestação de serviços de educação sobre a segurança de medicamentos na gestação.

A respeito das classificações daqueles utilizados durante a gestação, os antianêmicos tiveram maior frequência de utilização. Essa conjuntura reforça a ideia de que as orientações da OMS sobre a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação contribuem para a utilização desses medicamentos por esse público.<sup>22</sup> A literatura também aponta essa mesma prevalência de antianêmicos.<sup>11,16</sup> O ácido fólico vem sendo apontado como importante fármaco com ação protetora dos defeitos do tubo neural, com efeitos preventivos do baixo peso ao nascer e prejuízos do crescimento fetal; o sulfato ferroso tem sua relevância clínica como agente profilático da anemia gestacional, garantindo proteção de consequências patológicas da deficiência de ferro.<sup>23</sup>

Além de alguns medicamentos contendo algumas vitaminas indicadas na gestação, o ácido ascórbico e a ondasetrona, estiveram entre os mais utilizados para o trato gastrointestinal. Ao levar em consideração que o uso do ácido ascórbico esteja relacionado a prevenção de algumas intercorrências na gestação, ainda existem pouca confiança se as mães estão isentas dos potenciais riscos e por isso, orienta-se o uso com cautela e consentimento médico.<sup>24</sup> A respeito da ondasetrona, em 2019, a Anvisa lançou uma alerta às gestantes e profissionais sobre novas descobertas dos riscos desse fármaco. Geralmente utilizada para o tratamento de náuseas e vômitos, ela está sendo associada com elevados riscos de defeitos na formação fetal, destacando o surgimento de fendas orofaciais.<sup>25</sup>

Os fármacos que agem no Sistema Nervoso Central (SNC) foram a terceira classe mais utilizada pelas gestantes. O paracetamol, sendo o analgésico mais utilizado na gestação, apresenta maior segurança comparado a dipirona, haja vista que não demonstraram associação com falhas no desenvolvimento fetal ou fetotoxicidade.<sup>18</sup> Por outro lado, houve uma situação questionável sobre a segurança do uso de ácido acetilsalicílico (AAS). Ele possui a segunda maior prevalência dentre os fármacos do SNC e sugere-se a associação com problemas renais precoces e do criptorquismo (posicionamento incorreto

das gônadas sexuais masculinas).<sup>26</sup> Além disso, um estudo de caso-controle demonstrou que esse fármaco utilizado durante a gravidez estava associado ao surgimento da perda auditiva na criança.<sup>27</sup>

A maioria dos medicamentos utilizados antes da gestação foram classificados pela FDA com risco C nos primeiros meses da gestação e contraindicados pela Anvisa. Essa situação mostra-se justificável por que a maioria das mulheres não tinha o conhecimento da gestação e por isso, utilizavam medicamentos contraindicados. Dentre o uso de medicamentos (além da dipirona isolada), destacam-se a ofernadrina associada à cafeína e dipirona. Além disso, medicamentos de risco X também apresentaram alta prevalência nesse período, a qual pode ser justificada pela preocupada utilização de anticoncepcionais discutida anteriormente. Outrossim, dentre esses estão aqueles fundamentais para algumas doenças crônicas, nesse sentido, espera-se que haja uma reavaliação desse uso após o diagnóstico gestacional.<sup>11</sup>

No período da gestação, a maioria dos medicamentos referidos foram classificados com risco A e indicados pela Anvisa. Os antianêmicos são pertencentes a essa categoria e por isso, a prevalência reforça o ponto discutido sobre a importância da utilização dos antianêmicos na gestação. Assim, percebe-se que os profissionais possuem preocupações em manter condições para o desenvolvimento saudável. Entretanto, após esses, os mais frequentes eram considerados com uso cauteloso e risco C, demonstrando que existem prescrições com segurança questionável para formação fetal. Com base nisso, a situação sugere que os medicamentos possam ter passado por uma seleção inapropriada, cuja avaliação risco-benefício possa não ter sido aplicada.<sup>16</sup>

Durante a gestação, os medicamentos de risco C permaneceram frequentes. A escopolamina isolada e/ou associada ao paracetamol foi um desses destaques e representou 4,1% dos medicamentos usados e contraindicados. Os estudos realizados para avaliar a exposição da escopolamina são raros, mas existem sugestões de que possa provocar algumas malformações congênitas.<sup>28</sup>

No presente trabalho, ter uma renda familiar abaixo ou igual a um salário mínimo esteve associada para a utilização de medicamentos antes da gestação. Outros estudos<sup>11,20</sup> apresentaram um resultado contrário, em que esteve associado ao uso, aquelas com maior renda. Entretanto, a disponibilização de medicamentos gratuitos pelo SUS demonstra pouca influência da desigualdade financeira no acesso.<sup>29</sup> Além disso, sugere-se que gestantes que possuem baixa renda podem estar mais expostas a condições desfavoráveis que implicam no seu estado de saúde e assim necessitam de uma maior intervenção farmacológica.

A respeito dos fatores maternos foi possível observar que as mães que possuem problema de saúde e queixas durante a gestação associou-se ao uso de medicamentos nesse período. Além disso, elas apresentaram maior consumo e estão de acordo com os dados encontrados na literatura.<sup>10,20</sup>

Essa situação demonstra que as gestantes possuem uma visão medicalizada dos seus agravos e sintomas leves, sendo o medicamento a saída para a cura imediata.<sup>4</sup> Além dessa cultura entre as gestantes, os profissionais também possuem contribuições para esse cenário, devido suas percepções das intervenções farmacológicas como produto de seus conhecimentos. Semelhante a isso, o maior número de consultas, mesmo obtendo associação significativa somente na análise bruta, representa um maior contato com o profissional prescritor, o que facilita o acesso aos medicamentos pela própria assistência pré-natal.<sup>30</sup>

A utilização de um formulário para a coleta de informações sobre a utilização de medicamentos baseado, somente, no autorrelato das participantes serviu para incluir dados sobre a automedicação. Entretanto, esse tipo de coleta não pode determinar a situação do uso racional de medicamentos ou adesão terapêutica e pode sofrer influências de um possível viés recordatório. Além disso, entrevistas que não tenham sido realizadas em ambiente reservado podem levantar suspeitas de que as participantes possam omitir informações. Outrossim, não ter determinado um período gestacional como critério de inclusão para a pesquisa pode ter gerado um fator de confusão para alguma variável.

Diante disso, o estudo mostrou-se capaz de caracterizar o uso de medicamentos por gestantes em um município do nordeste brasileiro. Assim, levanta-se uma tendência de falhas no planejamento familiar realizado pelas ESF, que ocasionaram um alto índice de exposição dos riscos da utilização de algumas substâncias nocivas em períodos próximos da concepção. De igual modo, no decorrer de todo o período gestacional, essa mesma conjuntura evidencia negligências da atenção pré-natal e uma baixa apropriação de conhecimentos sobre o uso de medicamentos na gestação.

Dessa maneira, as responsabilidades de minimização de riscos são atribuídas tanto aos profissionais quanto a própria gestante e comunidade. A equipe de saúde, incluindo o farmacêutico, devem priorizar a utilização de tecnologias leves (escuta, fala, vínculo, acolhimento) para tratamento das intercorrências na gestação, visando as melhores condições para a saúde materna e infantil. Para aquelas que realmente necessitam de tratamento farmacológico, deve haver sempre uma reavaliação criteriosa dos medicamentos a serem prescritos, levando em conta o risco-benefício. E compete ao farmacêutico o acompanhamento farmacoterapêutico dessas gestantes para a promoção do seu bem estar. As gestantes também devem ser incluídas no processo de cuidado para a

formação e estreitamento de laços que efetivem a promoção e educação na saúde.

## Contribuição dos autores

Campos HMN, Mattos MP, Gomes DR participaram da análise dos dados, revisão crítica e aprovaram da versão final do artigo. Os autores declaram não haver conflito de interesse.

## Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Portaria n. 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS-a Rede Cegonha. Brasília (DF): DOU de 24 de junho 2011. [acesso em 2021 Jun 6]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)
2. Venancio SI, Rosa TEC, Sanches MTC, Shigen EY, Souza JMP. Efetividade da Estratégia Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança no Estado de São Paulo. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2016; 16 (3): 283-93.
3. Vieira LS, Abreu JA, Paulo KKS, Menezes LS, Martins LB, Comper MLC. Gestação, parto e puerpério na perspectiva das gestantes de uma unidade básica de saúde. *Rev Revise.* 2020; 4 (0): 116-31.
4. Geib LTC, Filho EFV, Geib D, Mesquita DI, Nunes ML. Prevalência e determinantes maternos do consumo de medicamentos na gestação por classe de risco em mães de nascidos vivos. *Cad Saúde Pública.* 2007; 23 (10): 2351-62
5. Burkey BW, Holmes AP. Evaluating medications use in pregnancy and lactation: what every pharmacist should know. *J Pediatr Pharmacol Ther.* 2013; 18 (3): 247-58.
6. Vargesson N. Thalidomide-induced teratogenesis: history and mechanisms. *Birth Defects Res C Embryo Today.* 2015 Jun; 105 (2): 140-56.
7. Sachdeva P, Patel BG, Patel BK. Drug use in pregnancy: a point to ponder! *Indian J Pharm Sci.* 2009; 71 (1): 1-7
8. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução nº 60, de 17 de dezembro de 2010. Estabelece frases de alerta para princípios ativos e excipientes em bulas e rotulagem de medicamentos. Brasília (DF): DOU de 17 de dezembro de 2010. [acesso em 2021 Jun 6]. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0060\\_17\\_12\\_2010.html#:~:text=Estabelece%20frases%20de%20alerta%20para,bulas%20e%20rotulagem%20de%20medicamentos.&text=3%C2%BA%20do%20art.,Anexo%20I%20da%20Portaria%20n%C2%BA](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0060_17_12_2010.html#:~:text=Estabelece%20frases%20de%20alerta%20para,bulas%20e%20rotulagem%20de%20medicamentos.&text=3%C2%BA%20do%20art.,Anexo%20I%20da%20Portaria%20n%C2%BA).

9. Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mardby AC, Moretti ME, et al. Medication use in pregnancy: a cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open Qual.* 2014; 4 (2).
10. Costa DB, Coelho HLL, Santos DB. Utilização de medicamentos antes e durante a gestação: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública.* 2017; 33 (2): 1-14.
11. Andrade AM, Ramalho AA, Koifman RJ, Dotto LMG, Cunha MA, Opitz SP. Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (5): 1042-56.
12. Ministério da Saúde (BR). E-Gestor: atenção básica. Informação e gestão da atenção básica. [Internet] [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <https://egestorab.saude.gov.br/index.xhtml>
13. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). Indicadores de mortalidade infantil. [Internet] [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <http://www3.saude.ba.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/ripsa/c01/c01a.def>
14. WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology; WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology; WHO Collaborating Centre for Drug Utilization Research and Clinical Pharmacological Services. Introduction to drug utilization research. Geneva: WHO; 2003. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42627>
15. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2020 Ago 28]. Disponível em: [http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila\\_bula/index.asp](http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp)
16. Maia LT, Trevisol FS, Galato D. Uso de medicamentos no primeiro trimestre de gravidez: avaliação da segurança dos medicamentos e uso de ácido fólico e sulfato ferroso. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2014; 36 (12): 541-7.
17. Tacon FSA, Amaral WN, Tacon KCB. Medicamentos e gravidez: influencia na morfologia fetal. *Rev Educ Saúde.* 2017; 5 (2): 105-11.
18. Couto AC, Ferreira JD, Oliveira MSP, Koifman S. Pregnancy, maternal exposure to analgesic medicines, and leucemia in Brazilian children below 2 years of age. *Eur J Cancer Prev.* 2015; 24 (3): 245-52.
19. Buur LE, Laurberg VR, Ernst A, Arendt LH, Andersen AMN, Olsen J, et al. Oral contraceptive use and genital anomalies in sons: a Danish cohort study. *Reprod Toxicol.* 2019; 89: 67-73.
20. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2011; 27 (4): 649-58.
21. Silva LKP, Marques AEF. Utilização de medicamentos por gestantes: uma revisão sistemática da literatura. *Rev Aten Saúde.* 2019; 17 (62): 90-7.
22. World Health Organization (WHO). Diretriz: Suplementação intermitente de ferro e ácido fólico em gestantes não anêmicas. Genebra: WHO; 2013. [acesso em 2020 jul 28]. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75335/9789248502019\\_por.pdf?sequence=9](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75335/9789248502019_por.pdf?sequence=9)
23. Pereira RA, Teles JN, Costa CML. A importância do ácido fólico e sulfato ferroso na gestação. *Rev Extensão.* 2019; 3 (1): 75-82.
24. Rumbold A, Crowther CA. Vitamin C supplementation in pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr; 2: CD004072.
25. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Uso de ondasetrona é investigado. [Internet] 2019. [acesso 2020 Jul 30]. Disponível em: [http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p\\_p\\_id=101&p\\_p\\_lifecycle=0&p\\_p\\_state=maximized&p\\_p\\_mode=view&p\\_p\\_column=column-1&p\\_p\\_col\\_count=1&\\_101\\_struts\\_action=%2Fasset\\_publisher%2Fview\\_content&\\_101\\_assetEntryId=5650124&\\_101\\_type=content&\\_101\\_groupId=219201&\\_101\\_urlTitle=uso-de-ondasetrona-e-investigado&inheritRedirect=true](http://antigo.anvisa.gov.br/resultado-de-busca?p_p_id=101&p_p_lifecycle=0&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_column=column-1&p_p_col_count=1&_101_struts_action=%2Fasset_publisher%2Fview_content&_101_assetEntryId=5650124&_101_type=content&_101_groupId=219201&_101_urlTitle=uso-de-ondasetrona-e-investigado&inheritRedirect=true)
26. Bloor M, Paech M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and the initiation of lactation. *Anest Analg.* 2013; 116 (5): 1063-75.
27. Foch C, Araujo M, Weckel A, Michel CD, Montastruc JL, Benevent J, et al. In utero drug exposure and hearing impairment in 2-year-old children a case-control study using the EFEMERIS database. *J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2018 Oct; 113: 192-7.
28. Lee NM, Sumona S. Nausea and vomiting of pregnancy. *Gastroenterol Clin.* 2011; 40 (2): 309-34.
29. Ferreira RA, Barreto SM, Giatti L. Hipertensão arterial referida e utilização de medicamentos de uso contínuo no Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública.* 2014; 30 (4): 815-26.
30. Fonseca MRCC, Fonseca E, Mendes GB. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública.* 2002; 36 (2): 205-12.

---

Recebido em 16 de Março de 2021

Versão final apresentada em 27 de Abril de 2022

Aprovado em 27 de Setembro de 2022