

Avaliação de prescrições medicamentosas para gestantes da Amazônia Legal

Vanessa Dela Justina ¹
Jéssica Silva Gonçalves ²
Flávia Lúcia David ³
Fernanda Regina Giachini ⁴
Victor Vitorino Lima ⁵

¹⁻⁵ Universidade Federal de Mato Grosso. Av. Valdon Varjão. Barra do Garças, MT, Brasil. CEP: 78.600-000. E-mail: vane_cessa@hotmail.com

Resumo

Objetivos: avaliar a prescrição de medicamentos para gestantes da Amazônia Legal, durante o pré-natal.

Métodos: trata-se de um estudo farmacoepidemiológico, descritivo, retrospectivo e transversal. Através de prontuários médicos foram avaliados variáveis sociodemográficas, assistência pré-natal, classes farmacológicas mais prescritas, classificações de risco e possíveis interações medicamentosas nas gestantes.

Resultados: foram utilizados 159 prontuários de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. A maioria das grávidas iniciaram as consultas do pré-natal no primeiro trimestre gestacional (53,3%) e a maior parte dos medicamentos prescritos foram no segundo trimestre gestacional (55,5%). As classes mais utilizadas conforme a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais foram: preparações antianêmicas (52,9%), vitaminas (12,5%) e analgésico (10,6%). De acordo com a classificação de risco, a prevalência maior dos medicamentos prescritos pertence à categoria A de risco (46,8%), seguido da categoria C (28,9%), categoria B (20,0%) e categoria D (4,3%). Foram encontradas oito possíveis interações medicamentosas, sendo duas consideradas de risco leve e seis de risco moderado.

Conclusões: os resultados demonstram falhas na prescrição de medicamentos para gestantes o que pode colocar em risco a saúde materna e fetal. É fundamental que o prontuário médico seja uma ferramenta terapêutica efetiva, o qual deve ser lido, analisado e revisado a fim de garantir um tratamento medicamentoso eficaz e seguro.

Palavras-chave Interação medicamentosa, Gravidez, Assistência pré-natal, Uso de medicamentos, Classificação de risco



Introdução

A utilização de medicamentos por gestantes e as suas consequências sobre o feto são temas de grande preocupação, principalmente após a tragédia da talidomida ocorrida entre o final da década de 1950 e o início dos anos 1960.¹ Mesmo com o avanço de pesquisas e tecnologias, estima-se que 5 a 10% das malformações são induzidas por medicamentos² e essas malformações estão entre as dez principais causas de mortalidade infantil no mundo.³

Tanto a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no Brasil como a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovam a comercialização de um novo medicamento apenas após avaliarem os resultados do uso desse fármaco em determinadas populações. No entanto, são raros os experimentos para determinar a segurança, eficácia e alterações farmacocinéticas em mulheres gestantes, em virtude das impossibilidades éticas envolvidas na pesquisa deste público.^{4,5}

Em geral, os dados disponíveis para este público são oriundos das observações clínicas de casos em que se associam os fatores causa e efeito. Para a maioria dos fármacos não existem dados científicos prévios sobre o verdadeiro risco quanto ao seu uso durante a gravidez.⁴⁻⁷ Entretanto, como em todas as populações, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que muitas vezes necessitam de uma terapia medicamentosa, somando-se às prescrições medicamentosas inerentes ao processo gravídico. Esta situação representa um grande desafio para os profissionais que atendem essa população, uma vez que se faz necessário correlacionar as alterações fisiológicas das gestantes com as ações da farmacocinética e da farmacodinâmica dos medicamentos.^{4,5} Estudos epidemiológicos podem ser uma importante ferramenta metodológica para auxiliar a terapia medicamentosa segura e eficaz, em gestantes. Embora úteis, os sistemas atuais de classificação não garantem total segurança, já que as informações contidas são limitadas, sendo necessários mais estudos sobre os efeitos da utilização de medicamentos durante a gestação.^{8,9}

Com o objetivo de informar o profissional prescritor e as gestantes, a FDA classificou os medicamentos em cinco categorias de risco: categoria A, não apresenta risco ao feto; categoria B, estudos em animais não resultaram em risco ao feto no primeiro trimestre gestacional, porém não há estudos controlados em gestantes; categoria C, pesquisas demonstraram efeitos adversos ao feto de animais, entretanto não há estudos controlados em gestantes; categoria D, apresenta risco fetal, mas em

benefício da gestante, admite-se o uso; e categoria X, contraindicado no período gestacional. Tais categorias também são utilizadas pela ANVISA.⁹

Outro fator relevante está associado ao uso concomitante de dois ou mais medicamentos, possibilitando a ocorrência de interação medicamentosa. Seja de mecanismo farmacocinético ou farmacodinâmico, a interação medicamentosa constitui um dos assuntos mais abordados na farmacologia para a prática clínica dos profissionais da saúde. O uso concomitante de vários medicamentos como estratégia na terapêutica medicamentosa e a grande demanda destes fármacos no mercado, amplia os efeitos indesejáveis da terapia farmacológica, podendo gerar aumento ou redução do efeito terapêutico e/ou tóxico de um medicamento ou de mais de um.^{10,11} Neste sentido, a proposta deste estudo foi caracterizar o perfil de gestantes, bem como avaliar a prescrição de medicamentos, durante o pré-natal, em relação aos seguintes aspectos: assistência pré-natal, classes farmacológicas mais prescritas, classificações de risco dos medicamentos e possíveis interações medicamentosas nessas gestantes em um município da Amazônia Legal, no Estado de Mato Grosso.

Métodos

Trata-se de estudo farmacoepidemiológico, descritivo, retrospectivo e transversal, baseado na análise de prontuários oriundos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) presentes na cidade de Pontal do Araguaia, Estado de Mato Grosso. Este município, localiza-se na Amazônia Legal a uma latitude 15° 50'43" sul e uma longitude 52° 00'33" oeste. Possui uma área de 2.738,63 km² e população estimada em 5.427 habitantes.¹²

A amostragem utilizada foi composta por todos os prontuários (159) de gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), entre os anos de 2013 a 2016. A coleta de dados foi realizada em todas as unidades básicas de saúde (UBS) e centros de saúde de Pontal do Araguaia: UBS Geraldo Pimenta de Almeida [Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) - 2395622]; UBS Benjamin Correia de Miranda (CNES - 6152902) e centro de saúde municipal Luzia Nogueira de Moraes (CNES - 2395614). Todas as unidades dispunham equipe de saúde da família composta por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários da saúde.

Foram averiguados os seguintes fatores nas prescrições medicamentosas:

- A classificação das faixas etárias foi realizada

utilizando os critérios estabelecidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS): adolescentes (10 anos a 19 anos) e adultos (20 a 59 anos). A idade das gestantes variou entre 13 a 39 anos;

- Dados sociodemográficos: idade, escolaridade, estado civil e consumo de álcool e tabaco na gestação;

- Fatores relacionados à assistência pré-natal (período gestacional em que iniciaram o pré-natal, medicamentos prescritos por trimestre gestacional e média (total de todos os medicamentos prescritos, dividido pelo total de gestantes do estudo) de medicamentos prescritos por gestante);

- Classes farmacológicas mais prescritas durante a gestação de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC);

- Classificação de medicamentos de risco utilizados durante a gestação, proposta pela FDA;

- Identificação de possíveis interações medicamentosas em gestantes. As interações foram descritas quanto às reações adversas potenciais e classificadas quanto à gravidade.

O parâmetro de inclusão se baseou na presença de pelo menos dois dados do perfil da paciente, conforme o prontuário. Dos 159 prontuários analisados 8 foram excluídos, totalizando ao final da análise 151 prontuários.

Para a análise dos dados utilizou-se o programa estatístico Epi Info versão 7[®]. Foi calculada a frequência absoluta e o percentual para as variáveis categóricas, tais como: escolaridade, estado civil, ocupação, tabagismo, entre outros. Para as variáveis contínuas, tais como faixa etária e medicamentos prescritos, foi utilizada a média e o desvio padrão (DP). A identificação das interações medicamentosas fez-se pela base de dados Micromedex Healthcare Series que possui informações de aproximadamente 8.000 medicamentos, sendo capaz de analisar vários tipos de interações medicamentosas simultaneamente.

Foram respeitados os requisitos quanto à confidencialidade e sigilo das informações, de acordo com as determinações da Resolução nº 196/96 do Comitê de Ética do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e os usuários não foram submetidos a qualquer tipo de intervenção. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller com número do processo: 987/CEP- HJUM/2011 e autorizado pelo Secretário de Saúde do município alvo.

Resultados

A Tabela 1 demonstra a caracterização das gestantes atendidas pelo SUS no município de Pontal do Araguaia. Aproximadamente 77% das gestantes estavam na faixa etária entre 20 a 39 anos (com idade média de 23 anos), das quais 35,8% se encontravam casadas ou em uma relação estável. Com relação à ocupação, cerca de 33,7% se encontravam desempregadas, sendo que a maioria das gestantes cursou o nível médio. Em relação ao tabagismo e uso de bebidas alcólicas, verificou-se um percentual de 4,6% e 3,3%, respectivamente (Tabela 1).

Na análise sobre o trimestre em que as gestantes iniciaram o acompanhamento pré-natal, observou-se que 137 prontuários (90%) possuíam estas informações. Destes, 53,3% dos prontuários demonstraram que as grávidas iniciaram as consultas do pré-natal no primeiro trimestre gestacional, 32,1% no segundo trimestre gestacional e 5,1% apenas no terceiro trimestre gestacional. Em relação à quantidade de medicamentos prescritos, por trimestre (Tabela 1), foi observado que a maior parte dos medicamentos foi prescrita no segundo trimestre gestacional (55,5%), seguido do primeiro (27,7%) e terceiro trimestre (16,8%). Nesta amostra, a média de medicamentos prescritos por gestante foi de 2,4 medicamentos.

De acordo com a classificação da ATC, a Tabela 2 demonstra as classes farmacológicas mais prescritas para as gestantes, durante a gravidez, bem como o medicamento mais frequentemente encontrado dentro de cada classe terapêutica. Das classes mais prescritas, destacam-se: preparações antianêmicas (52,9%), vitaminas (12,5%), analgésicos (10,6%), antibacterianos (7,2%), antifúngicos (5,3%), antiácidos (2,9%), anti-inflamatórios e anti-reumáticos (2,4%) e corticosteróides (1,9%).

Avaliando as categorias de risco dos medicamentos na gestação (Tabela 3), segundo a FDA, a prevalência de maior consumo de medicamentos foi respectivamente: classe A, com o ácido fólico (46,8%); classe C, com polivitamínicos, polimínerais, bisacodil, entre outros (28,9%), classe B, com paracetamol, bromoprida, entre outros (20%) e classe D com ibuprofeno (4,3%). Não foram prescritos medicamentos pertencentes à classe X. Neste estudo também foram encontradas oito possíveis interações medicamentosas (Tabela 4), sendo que dessas, duas são consideradas de risco leve e seis de risco moderado.

Tabela 1

Perfil das gestantes atendidas no SUS do município de Pontal do Araguaia - MT.

Variáveis

Faixa etária (anos)	$\bar{X} \pm DP$ (%)	
13 - 19		16,9 \pm 1,5 (23,2)
20 -39		26,1 \pm 5,1 (76,8)
Escolaridade	n (%)	
Fundamental		50 (33,1)
Médio		76 (50,3)
Superior		25 (16,6)
Estado civil	n (%)	
Solteira		38 (25,2)
Casada/Relação Estável		54 (35,8)
Não declaram/ branco		59 (39,0)
Ocupação	n (%)	
Desempregada		51 (33,7)
Empregada		29 (19,2)
Não declaram/ branco		71 (47,1)
Fumo na gestação	n (%)	
Não		144 (95,4)
Sim		7 (4,6)
Bebida alcoólica na gestação	n (%)	
Não		146 (96,7)
Sim		5 (3,3)
Início do pré-natal	n (%)	
Primeiro trimestre		73 (53,3)
Segundo trimestre		44 (32,1)
Terceiro trimestre		7 (5,1)
Não declaram/ branco		13 (9,5)
Medicamentos prescritos por trimestre	n (%)	
Primeiro trimestre		38 (27,7)
Segundo trimestre		76 (55,5)
Terceiro trimestre		23 (16,8)
Média de medicamentos por gestante ($\bar{X} \pm DP$)		2,4 \pm 1,6

SUS= Sistema Único de Saúde.

Tabela 2Grupos farmacológicos e medicamentos mais prescritos presentes na RENAME, segundo o *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System* – ATC, no SUS do município de Pontal do Araguaia – MT.

Classe farmacológica	N	%
B03 - Preparações antianêmicas:	110	52,9
(B03BB01) Ácido Fólico	65	59,1
(B03AA07) Sulfato ferroso	45	40,9
A11 – Vitaminas:	26	12,5
(A11AA03) Polivitamínico e Poliminerais	25	96,2
(A11HA02) Cloridrato de piridoxina	1	3,8
N02 – Analgésicos:	22	10,6
(N02BE01) Paracetamol	16	72,7
(N02BB02) Dipirona sódica	6	27,3

SUS= Sistema Único de Saúde.

continua

Tabela 2

conclusão

Grupos farmacológicos e medicamentos mais prescritos presentes na RENAME, segundo o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* – ATC, no SUS do município de Pontal do Araguaia – MT.

Classe farmacológica	N	%
J01 – Antibacterianos:	15	7,2
(J01DB01) Cefalexina	7	46,6
(J01CA04) Amoxicilina	6	40,0
(J01XE01) Nitrofurantoína	1	6,7
(J01DD04) Ceftriaxona	1	6,7
D01 – Antifúngicos:	11	5,3
(D01AC15) Fluconazol	6	54,5
(D01AA01) Nistatina	3	27,3
(D01AC08) Cetoconazol	2	18,2
A02 - Antiácidos, medicamentos para úlcera péptica e flatulência:	6	2,9
(A02AB01) Hidróxido de alumínio	3	50,0
(A02BA02) Ranitidina	2	33,4
(A02BC01) Omeprazol	1	16,6
M01 - Anti-inflamatórios e Anti-reumáticos:	5	2,4
(M01AE01) Ibuprofeno	5	100,0
H02 – Corticosteróides:	4	1,9
(H02AB02) Dexametasona	3	75,0
(H02AB09) Hidrocortisona	1	25,0
Outros	9	4,3

SUS= Sistema Único de Saúde.

Tabela 3

Distribuição geral dos medicamentos consumidos por gestantes atendidas nas UBSs do município de Pontal do Araguaia (MT), conforme a categoria risco à gestante proposta pela FDA.

Categoria de risco	N	%	Principais medicamentos
A	110	46,8	Ácido fólico
B	47	20,0	Paracetamol, Bromoprida, clorfeniramina, diclofenaco sódico, escopolamina e pantoprazol.
C	68	28,9	Polivitamínico, poliminerais, bisacodil, carisprodol, hidróxido de magnésio e hiosciamina.
D	10	4,3	Ibuprofeno
X	-	-	-
Total	235	100,0	

UBS= Unidades Básicas de Saúde; FDA= *Food and Drug Administration*.

Tabela 4

Possíveis interações medicamentosas das gestantes, atendidas no SUS do município de Pontal do Araguaia – MT.

Interação medicamentosa	Severidade	Efeito do uso concomitante
Furosemida vs Hidrocortisona	Moderada	Hipocalemia
Sulfato ferroso vs Ciprofloxacino	Moderada	Diminuição da eficácia de ciprofloxacino
Omeprazol vs Carbamazepina	Moderada	Aumento toxicidade carbamazepina
Omeprazol vs Sulfato ferroso	Moderada	Redução biodisponibilidade de ferro
Hidróxido de alumínio e magnésio vs Sulfato ferroso	Leve	Diminuição da eficácia de ferro
Hiosciamina vs Hidróxido de magnésio	Leve	Diminuição da eficácia de hiosciamina
Sulfato ferroso vs Pantoprazol	Moderada	Redução biodisponibilidade de ferro
Diclofenaco sódico vs Fluconazol	Moderada	Aumento exposição de diclofenaco

SUS= Sistema Único de Saúde.

Discussão

Gestantes estão frequentemente expostas ao uso de medicamentos, sendo que essa população de risco, muitas vezes é negligenciada pelos estudos científicos relacionados ao uso de medicamentos.

Inicialmente, o presente trabalho evidenciou que as gestantes desse município pertencente à Amazônia Legal apresentaram um perfil sociodemográfico similar a outras regiões do Brasil,¹³ no que se refere à idade média das gestantes, perfil de relacionamento e tempo de escolaridade. Esta semelhança entre os estudos pode estar relacionada com a condição de vida no município avaliado, definida por exemplo, pelo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH=0,734 no ano de 2010), onde o município de Pontal do Araguaia ocupa a 920ª posição entre os 5.565 municípios brasileiros.¹⁴

Hábitos como o consumo de álcool e tabaco durante a gestação são desaconselhados. O uso de tabaco durante a gravidez aumenta o risco de complicações como a hemorragia pré-parto, parto prematuro, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, morte súbita do recém-nascido, entre outros.¹⁵ O tabagismo na gravidez é responsável por 20% dos casos de fetos com baixo peso ao nascer, 8% dos partos prematuros e 5% de todas as mortes perinatais.¹⁶ O consumo de bebidas alcoólicas foi confir-

mado por 3,31% das gestantes analisadas. Um estudo realizado com parturientes do extremo sul do Brasil mostrou, através de um questionário pré-codificado, que 9,4% das gestantes da região fizeram uso de álcool durante a gestação e que esse uso estava relacionado com a baixa escolaridade, idade e uso de tabaco.¹³ Mesmo apresentando baixo percentual no uso de tabaco e álcool, das gestantes avaliadas no presente estudo, consideramos que uma abordagem mais esclarecedora e efetiva dos profissionais de saúde poderá conscientizar as grávidas em relação aos riscos associados ao uso de cigarro e/ou bebidas alcoólicas.

É importante ressaltar que neste estudo todos os dados foram retirados de prontuários de gestantes; conseqüentemente, os dados relacionados ao uso de tabaco e álcool foram avaliados como uma variável categórica e portanto isoladamente, estes resultados apresentam algumas limitações: de fato os achados não são capazes de definir aspectos como a frequência e o tipo de bebida consumida. Portanto, qualquer comparação entre os dados apresentados neste estudo com outros trabalhos, relacionados ao uso de tabaco e álcool, deve ser feito com cautela.

Foi observado que metade das gestantes iniciaram seu pré-natal no primeiro trimestre. A demora em iniciar os cuidados gestacionais observado nas gestantes da região da Amazônia Legal,

pode favorecer maiores riscos à saúde materna e fetal. Estudos demonstram que em outras regiões, como no Rio Grande do Sul, a cobertura do pré-natal no primeiro trimestre chega a atingir 80% das gestantes.¹⁷ Mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre e, conseqüentemente, apresentam maior frequência de consultas médicas, têm maior tendência de seguir as orientações médicas e utilizarem corretamente os medicamentos prescritos.

A utilização de pelo menos um medicamento durante a gestação foi observada no nosso estudo e se assemelha a outros trabalhos.^{7,18} Acredita-se que essa adesão do uso de medicamentos deriva, em parte, da ampla prescrição de vitaminas, suplementos minerais e antianêmicos, que são prescrições inerentes ao processo gestacional.¹⁸ O presente estudo demonstra que as classes farmacológicas mais prescritas para as gestantes foram os antianêmicos (52,9%) e vitaminas (12,5%), refletindo o cumprimento da conduta preconizada pelo Ministério da Saúde para a assistência pré-natal.^{7,8,19} Valores semelhantes foram encontrados em estudos conduzidos em países desenvolvidos, como França e Alemanha.^{9,19}

As preparações antianêmicas têm sido largamente utilizadas por gestantes, tornando-se um procedimento de rotina. Apesar de ser uma vitamina, o ácido fólico pertence à classe farmacológica de preparações antianêmicas, já que atua corrigindo a anemia megaloblástica decorrente.²⁰ A deficiência materna e/ou a utilização de medicamentos antagonistas do seu metabolismo no período periconcepcional estão associadas a um aumento do risco de alterações no tubo neural.¹ O uso de sais de ferro também constitui uma intervenção de rotina, sendo indicados para assegurar padrões adequados de maturação e desenvolvimento fetal. Um estudo realizado em seis cidades brasileiras ressaltou o uso indiscriminado da classe antianêmica, já que as evidências que sustentam essa conduta são frágeis e os benefícios do tratamento não são claramente definidos.²¹ Essa afirmação é sustentada pelo fato de que somente 5 a 10% do ferro ingerido é absorvido em condições normais, portanto a ingestão diária através da alimentação seria suficiente para manter os níveis adequados.¹ Apesar de questionada a necessidade dessa administração por gestantes saudáveis, seu uso pode ser benéfico para as populações com baixo estado nutricional, onde a prevalência de anemia e desnutrição é comum.¹⁷ O alto número de prescrições deste mineral pode ser justificado devido ao custo do diagnóstico e de acompanhamento do quadro serem maiores que os custos da suplementação com sais de ferro.²¹ Além disso, seu uso é

preconizado pela OMS devido às altas taxas de anemia em países em desenvolvimento.⁸

As gestantes também estão expostas a intercorrências de saúde durante a gestação, necessitando muitas vezes do uso de medicamentos alheios ao processo gestacional. Seja qual for a finalidade do uso de um medicamento, durante a gestação, sempre é recomendável avaliar o risco-benefício tanto para mãe quanto para o feto. Os efeitos do uso de medicamentos inadequados por gestantes muitas vezes não são percebidos, já que 15% das malformações resultam em abortos no início do período gestacional. Sendo assim, chama-se atenção para a importância da atuação da farmacovigilância para detectar, avaliar, esclarecer e prevenir questões associadas à insegurança dos medicamentos durante a gravidez.²² Dessa forma, o presente estudo verificou a classificação de medicamentos prescritos conforme o risco, durante a gravidez, e constatou que a categoria de risco A (46,8%) foi a mais prescrita, seguida pelas categorias C (28,9%), B (20%) e D (4,3%). Os medicamentos pertencentes às classes B, C e D têm seu consumo associado a intercorrências de saúde durante a gravidez.^{9,23} Dados semelhantes foram observados por um estudo realizado no Sul de Santa Catarina.²²

Em relação ao uso de medicamentos da classe B (20,0%), podemos citar os analgésicos. Deste grupo, o paracetamol é o mais seguro. Analgésicos como dipirona e ácido acetilsalicílico são classificados na categoria C e representam risco ao feto.⁷ O primeiro pode causar agranulocitose e o segundo está associado ao baixo peso de recém-nascidos, ao prolongamento da gestação e ao sangramento durante o parto em mães que fizeram o uso no final da gestação.^{7,8,23}

O consumo de medicamentos da classe C correspondeu a 28,9% dos medicamentos utilizados, totalizando a segunda maior frequência. Apesar dos riscos não serem excluídos, seu uso pode ser justificado pelo fato dos benefícios superarem os riscos potenciais.⁸ Tem-se como exemplo dessa classe o uso dos antiácidos, como o hidróxido de magnésio. Deve-se evitar altas doses e cronicidade do uso estes medicamentos, devido à falta de estudos adequados e controlados em humanos. Em animais de laboratório que fizeram uso crônico foram reportados efeitos adversos como: hipercalcemia, hipermagnesemia, hipomagnesemia, aumento nos reflexos dos tendões, alcalose sistêmica, edema e ganho de peso devido à absorção de sódio.²⁴ Todavia, também há antiácidos classificados na categoria B como o pantoprazol.

Os fármacos antiespasmódicos são observados tanto de categoria de risco B (escopolamina), quanto

da C (Hiosciamina). A escopolamina não demonstrou evidência de efeitos nocivos durante a gravidez humana. Em animais, também não apresentou efeitos embriotóxicos ou teratogênicos. Apesar disso, precauções devem ser tomadas, principalmente no primeiro trimestre de gestação.²⁵ A hiosciamina normalmente se apresenta em associação com outros princípios ativos, como por exemplo a dipirona, que é contraindicada na gravidez e por isso seu uso não é indicado.²⁶

A categoria de risco D foi caracterizada pelo uso de anti-inflamatórios. Estes são comumente utilizados por gestantes para condições dolorosas, incluindo dores nas costas, infecção do trato urinário, hemorroidas, entre outros. Seu uso durante o terceiro trimestre de gestação é contraindicado, pois tem sido associado à possibilidade de alterações cardíacas fetais, hipertensão pulmonar fetal, baixo peso ao nascer e alterações da coagulação. Caso seja necessário o tratamento com essa classe terapêutica deve-se dar preferência à prednisona em doses baixas.^{23,27}

Dos medicamentos classificados nas categorias B, C e D aqui estudados, o antiemético bromoprida, o anti-histamínico clorfeniramina, o anti-inflamatório não esteroideal diclofenaco sódico, os antiespasmódicos escopolamina e hiosciamina, os antiácidos pantoprazol e hidróxido de magnésio, o laxante bisacodil e o relaxante muscular carisprodol não constam na lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Aprovada pela Portaria N.º 507/GM, na RENAME estão inseridos produtos de comprovada segurança, eficácia e qualidade terapêuticas, sendo um instrumento imprescindível de ação no Sistema Único de Saúde (SUS) e base para a organização das listas estaduais e municipais.²⁸ Mesmo não sendo obrigatória a adesão ao RENAME, preconiza-se o uso destes medicamentos para o âmbito do SUS. Apesar disto, é comum neste meio observar a falta de prioridades na adoção de medicamentos pelo profissional médico, muitas vezes ocasionada pela irregularidade no abastecimento destes.²⁹

As interações medicamentosas são capazes de resultar em problemas de diferentes gravidades, portanto a presença desses problemas relacionado à medicamentos, constituem importante indicador de qualidade da prescrição.³⁰ Dentre os prontuários avaliados, observamos oito possíveis interações medicamentosas, sendo que destas, duas são consideradas de risco leve e seis risco moderado,¹¹ as quais, poderiam afetar o nível de potássio, ferro, bem como reduzir o efeito de medicamentos como o ciprofloxacino ou aumentar a toxicidade da carba-

mazepina. Foram consideradas as interações fármaco-fármaco contidas em uma mesma prescrição e a partir das informações disponíveis nas bases consultadas. Dentre as interações medicamentosas encontradas neste estudo, observou-se que os medicamentos hiosciamina, hidróxido de magnésio, pantoprazol e diclofenaco sódico não constam na lista da RENAME. Portanto, uma simples adequação das prescrições médicas às recomendações da RENAME poderia minimizar estes riscos.

O método empregado para análise das interações possui limitações que devem ser consideradas na interpretação dos dados. Não é possível estabelecer relações causais entre as características do paciente, da farmacoterapia e a ocorrência de interações medicamentosas. O uso de *software* detecta as potenciais interações medicamentosas, não significando que os efeitos relatados pelo uso concomitante realmente se manifestem.³¹ Apesar dos programas de dados serem importantes, geralmente produzem altas prevalências de interações.³²

Também é relevante mencionar que este estudo, assim como diversos outros que utilizam prontuários como instrumento de coleta de dados,³³ estão sujeitos a algumas limitações, como a precariedade das informações nos prontuários. Muitas vezes os prontuários não contêm as informações indispensáveis ao cuidado do paciente. Frente ao exposto, seria bastante importante a elaboração de medidas visando melhorias na qualidade do prontuário do paciente, pois a baixa qualidade dos prontuários pode refletir-se na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

Em se tratando de análises de prontuários, as prescrições de medicamentos muitas vezes desnecessárias podem ser reflexo da formação dos profissionais de saúde e da cultura de valorização da prescrição de medicamentos durante uma consulta médica. A prescrição é um sinal de atenção com o paciente e o fato de não receber uma prescrição de medicamentos pode ser interpretado, pelo paciente, como desinteresse e até mesmo incompetência do médico e representar a ruptura da relação do médico-paciente.⁷

Os dados apresentados neste trabalho revelam que mesmo após o desastre da talidomida, mulheres grávidas continuam sendo expostas a muitos medicamentos cuja segurança nem sempre está bem estabelecida. Alguns médicos continuam prescrevendo de modo irracional e excessivo, expondo mãe e feto a sérios riscos. Já os demais profissionais de saúde, devido à complexidade do tema, precisam informar as mulheres em idade fértil sobre os riscos e benefícios da utilização de medicamentos na gravidez e,

através de uma educação continuada, terem um conhecimento sobre o perfil dos medicamentos para direcionar tais informações para o planejamento de

intervenções que conscientizem a utilização racional do tratamento medicamentoso durante a gestação.

Referências

- Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. *Am J Med Genet.* 2011; 157: 175-82.
- Olsen J. Some options in studying side effects of drugs taken during pregnancy. *Eur J Epidemiol.* 2015; 30 (11): 1137-9.
- Dolk H, Loane M, Teljeur C, Densem J, Greenlees R, McCullough N, Morris J, Nelen V, Bianchi F, Kelly A. Detection and investigation of temporal clusters of congenital anomaly in Europe: seven years of experience of the EUROCAT surveillance system. *Eur J Epidemiol.* 2015; 30: 1153-64.
- Nordeng H, Yström E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. *Eur J Clin Pharmacol.* 2010; 66: 207-14.
- Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, Kelley KE, Louik C, Hernández-Díaz S. Medication Use During Pregnancy, With Particular Focus On Prescription Drugs: 1976-2008. *Am J Obs Gynecol.* 2011; 205 (1): 51.e1-51.e8.
- Lupattelli A, Spigset O, Twigg MJ, Zagorodnikova K, Mårdby AC, Moretti ME, et al. Medication use in pregnancy: A cross-sectional, multinational web-based study. *BMJ Open.* 2014; 4 (2): 1-11.
- Kassada DS, Miasso AI, Angélica M, Waidman P, Silva S. Prevalence and Factors Associated With Drug Use in Pregnant Women Assisted in Primary Care. *Text Context Nurs.* 2015; 24 (3): 713-21.
- Brum LF da Si, Pereira P, Felicetti LL, Silveira RD. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). *Ciência Saúde Coletiva.* 2011; 16 (5): 2435-42.
- Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in Pregnancy and Lactation 8th Edition: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk.* *Obs Med.* 2009; 2 (2): 89.
- Ötles S, Senturk A. Food and drug interactions: a general review. *Acta Sci Pol Technol Aliment.* 2014; 13 (1): 89-102.
- Le H, Je M. Potentially harmful drug-drug interactions in the elderly: a review. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011; 9 (6): 364-377.
- IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). PAS - Pesquisa Anual de Serviços [Internet]. 2006 [Acesso em jun 2017]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=510665>
- Meucci RD, Saavedra JS, Silva ES, Branco MA, Freitas JN, Santos M, et al. Consumo de bebida alcoólica durante a gestação entre parturientes do extremo sul do Brasil *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2017; 17 (4): 663-71.
- PNUD FJP I. Pontal do Araguaia, MT [Internet]. Atlas do Desenvolv Hum no Brasil 2013 [Acesso em: 15 mai 2018]. p.1-11. Disponível em: http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/pontal-do-araguaia_mt
- Ystrom E, Vollrath ME, Nordeng H. Effects of personality on use of medications, alcohol and cigarettes during pregnancy. *Pharmacoepidemiol Prescr.* 2012; 68: 845-51.
- Bhandari NR, Day KD, Payakachat N, Franks AM, McCain K, Ragland D. Use and risk perception of electronic nicotine delivery systems and tobacco in pregnancy. *Womens Health Issues.* 2018; 28 (3): 251-7.
- Brzezińska-Wcisło L, Zbiciak-Nylec M, Wcisło-Dziadecka D, Salwowska N. Pregnancy: a therapeutic dilemma. *Postep Dermatol Alergol.* 2017; 34 (5): 433-8.
- Oliveira AD, Gama DP, Leopardi MG, Dias JMG, Lyra DP, Neves SJF. Aderência autorreferida a medicamentos prescritos durante a gestação. *Rev Bras Ginecol Obs.* 2012; 34 (4): 147-52.
- Daw JR, Hanley GE, Greyson DL, Morgan SG. Prescription drug use during pregnancy in developed countries: a systematic review. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2011; 20 (9): 895-902.
- Milman N, Paszkowski T, Cetin I, Castelo-Branco C. Supplementation during pregnancy: beliefs and Science. *Gynecol Endocrinol.* 2016; 32 (7): 509-16.
- Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Publica.* 2001; 35 (5): 415-20.
- Maia TL, 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 Obs.* 2014; 36 (12): 541-7.
- Araújo DD, Leal MM, Santos EJV, Leal LB. Consumption of medicines in high-risk pregnancy: Evaluation of determinants related to the use of prescription drugs and self-medication. *Brazilian J Pharm Sci.* 2013; 49 (3): 491-9.
- Gelusil: hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio + simeticona. *Farm. Resp.: Florentino de Jesus Krenkas. União Química Farmacêutica Nacional S/A.* 2014. Bula de Remédio.
- Buscopan: butilbrometo de escopolamina. *Farm. Resp.: Dr. Ronoel Caza de Dio. EMS S/A.* 2013. Bula de remédio.
- Tropinal: bromidrato de hiosciamina + dipirona sódica + butilbrometo de escopolamina + metilbrometo de homatropina. *Farm. Resp.: Maria Geisa P. de Lima e Silva. Germed Farmacêutica Ltda.* 2014. Bula de Remédio.
- Mulder B, Bijlsma MJ, Schuiling-Veninga CCM, Morssink LP, Puijtenbroek E van, Aarnoudse JG, et al. Risks versus benefits of medication use during pregnancy: What do women perceive? *Patient Prefer Adherence.* 2017; 12 (20): 1-8.
- Brasil. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014.* 9 ed. Brasília, DF; 2015.

29. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF; 2001.
30. Leão DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. Ciênc Saúde Coletiva. 2014; 19 (1): 311-8.
31. Vieira LB, Max A, Reis M, Emanuela R, Lima F. Interações Medicamentosas Potenciais em Pacientes de Unidades de Terapia Intensiva. Rev Ciências Farm Básicas e Apl. 2012; 33 (3): 401-8.
32. Nightingale G, Pizzi LT, Barlow A, Barlow B, Jacisin T, McGuire M, Swartz K, Chapman A. The prevalence of major drug-drug interactions in older adults with cancer and the role of clinical decision support software. J Geriatr Oncol. 2018; 9 (5): 526-33.
33. Vasconcellos MM, Gribel EB, Moraes IHS de. Health records: evaluation of patient health charts in primary care, Rio de Janeiro, Brazil. Cad Saúde Publica. 2008; 24: 173-82.

Recebido em 19 de Setembro de 2017

Versão final apresentada em 6 de Junho de 2018

Aprovado em 21 de Setembro de 2018