

MEDICAMENTOS PRESCRITOS PARA GESTANTES USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE UM MUNICÍPIO DO ESTADO DE SÃO PAULO

Fabricio Henrique Candido

Graduando em Farmácia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Fernanda Turola Louro Candido

Fisioterapeuta – FITL/AEMS

Leonardo Marciel Soares Santana

Graduando em Farmácia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Matheus Jean Basso Oliveira

Graduando em Farmácia,
Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

Catarina Akiko Miyamoto

Doutora em Ciências (Bioquímica) – USP;
Pós-doutorado – Weill Medical College of Cornell University;
Docente das Faculdades Integradas de Três Lagoas – FITL/AEMS

RESUMO

A agência federal norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA) enquadra os medicamentos, utilizados durante a gestação, em cinco categorias (A, B, C, D e X). Destes, os que comprovadamente, não apresentam riscos ao feto são os das categorias A (humanos) e B (animais de laboratórios). Os demais apresentam (1) efeitos adversos em fetos de animais de laboratório, porém não existem dados adequados para humanos (C); (2) má formação fetal, porém a relação risco-benefício pode ser avaliada (D) e (3) comprovadamente anomalias fetais em animais e em humanos e/ou a relação risco-benefício contra indica seu uso (X). Dados coletados de pré-natal realizados (total de 104) nos meses de janeiro-março de 2018, na Unidade Básica de Saúde de um município do interior do Estado de São Paulo mostram que o número de prescrições foi de 717. Destas, 690 são classificadas como categoria de risco do FDA [456 (A), 185 (B) e 49 (C)] e 27 não eram. Os medicamentos mais prescritos pertencem à categoria A (63,6%), seguido das B (25,8%) e C (6,8%) e os NC (3,8%). Dentre os da categoria A, incluíram-se ácido fólico, sulfato ferroso e polivitamínicos e poliminerais. Da B, incluíram-se complexo B, cefalexina, metildopa e paracetamol. Da C incluiu-se butilbrometo de escopolamina. Dos medicamentos não classificados em categorias de risco, incluiu-se somente hidróxido de alumínio. Este estudo mostra que os medicamentos da classe A são os mais prescritos na unidade do SUS cuja pesquisa foi realizada. Estes, além de não trazerem risco ao feto, são essenciais ao desenvolvimento adequado do mesmo e manutenção da saúde da gestante.

PALAVRAS-CHAVE: medicamentos risco gravidez; má formação fetal; efeito adverso fetal.

1 INTRODUÇÃO

A gestação compreende três trimestres em que há alterações nos parâmetros fisiológicos da mulher para o desenvolvimento fetal. Durante o primeiro

ocorre diferenciação embriológica, no segundo ocorre principalmente o desenvolvimento e no terceiro, a maturação para sobreviver o parto. Principalmente, durante o primeiro trimestre o feto corre riscos de desenvolver alterações anatômicas e/ou fisiológicas uma vez que muitas substâncias transpassam a placenta (CASAGRANDE et al., 2004).

A exigência de estudos clínicos e de prescrição mais rigorosos antes da liberação de medicamentos para o consumo é cada vez maior. No caso da farmacoterapia durante a gestação em que cada exposição envolve o futuro da mãe e do feto cria grandes desafios técnicos e éticos. A necessidade de fundamentar a prática clínica em evidências científicas adequadas é tão premente neste campo como em qualquer outra área da medicina (VETTORE et al., 2013).

Estudos realizados em vários países sobre a farmacoterapia durante a gestação mostram ser imprescindível, pois a mesma deve ser aplicada para as patologias naturais e/ou infecciosas (anemia, doença hipertensiva e diabetes gestacionais, infecção do trato urinário, sífilis, hepatite B, etc.) de forma que não acarrete efeitos indesejáveis. Para o uso de qualquer tipo de medicamento são de suma importância a orientação e o acompanhamento de um profissional da saúde especialista (PRIMO et al., 2015).

O paralelo entre o maior número de medicamentos utilizados com o nível de escolaridade e renda pode ser justificado como decorrente do maior esclarecimento sobre a necessidade do acompanhamento pré-natal (RAMOS et al., 2016).

A utilização de medicamentos na gravidez requer precauções, especialmente no início da mesma. Quanto mais imaturo o concepto, maior é a gravidade dos efeitos sobre o desenvolvimento embrionário ao relacionar a atividade teratogênica dos fármacos (RAMOS et al., 2016).

Fatores sócios demográficos têm sido associados com o uso de medicamentos durante a gestação; populações de países em desenvolvimento, como o Brasil, apresentam características sociais e econômicas muito peculiares. Dentre essas incluem baixos níveis educacionais e econômicos, alta incidência de doenças infectocontagiosas e carências nutricionais, além da facilidade de obtenção de medicamentos que exigem prescrição médica e prática frequente e sem controle de automedicação (VETTORE et al., 2013). Nesse contexto, o uso irracional de medicamentos constitui um comportamento de alto risco, uma vez que nenhum é

isento de toxicidade à mãe ou ao feto, e deve ser considerado um problema de saúde pública (SILVA et al., 2015).

Há algumas classificações de medicamentos conforme o risco associado ao seu uso durante a gravidez. A classificação adotada pela agência federal norte-americana *Food and Drug Administration* (FDA) enquadra os medicamentos em cinco categorias (A, B, C, D e X) (ANDRADE, 2014; MENGUE et al., 2001). Os medicamentos da categoria A não apresentam riscos ao feto, conforme ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados. Dentre os mesmos, incluem-se ácido fólico e vitamina D3. Estes são utilizados para combater anemias e repor vitaminas extremamente necessárias nesse período. Os medicamentos da categoria B não apresentam risco fetal em animais de laboratórios, embora não existam estudos adequados em humanos. Dentre estes, incluem-se xaropes de acetilcisteína, analgésicos, antipiréticos, entre outros. Os medicamentos da categoria C apresentam efeitos adversos em fetos de animais de laboratórios, porém não existem estudos adequados em humanos. Os medicamentos da categoria D correspondem aos que tem sido demonstrado o aparecimento de má formação do feto quando utilizados durante a gravidez, porém a relação risco-benefício pode ser avaliada. Os medicamentos da categoria X apresentam comprovadamente anomalias fetais em animais e em humanos e/ou a relação risco-benefício contra indica seu uso durante a gravidez (ANDRADE, 2014; MENGUE et al., 2001).

Um exemplo clássico de medicamento da categoria X é o efeito teratogênico da talidomida. Esta droga provocou malformações em recém-nascidos nas décadas de 1950-1960 (MARRIOT et al., 1999). Nos anos que se seguiram ao desastre da talidomida, muitos trabalhos descreveram o perfil de uso de medicamentos na gravidez e mostraram a importância de estudos epidemiológicos para avaliação do potencial teratogênico de um fármaco. No caso particular da talidomida, esses estudos contribuíram para o estabelecimento da relação causal entre as anomalias observadas nas crianças e o uso do medicamento pela mãe durante a gestação (SILVA et al., 2015). Tais alterações, principalmente as malformações congênitas, têm maior risco de acontecer quando o medicamento é utilizado no primeiro trimestre da gravidez. Nos outros períodos podem ocorrer danos fetais decorrentes de alterações fisiológicas maternas e efeitos farmacológicos sobre o feto com consequente interferência no seu desenvolvimento (NIEBYL, 1989).

A insuficiência de programas educativos e ineficiência do sistema público de saúde são relatadas como facilitadores para a automedicação entre as gestantes. Entretanto, o uso de medicamentos deve ter atenção especial e representa um desafio para os profissionais de saúde, pois a terapia medicamentosa pode provocar ação potencialmente danosa para a mulher e para o concepto (BOCHNER, 2005).

2 OBJETIVOS

O objetivo deste trabalho é descrever as classes de medicamentos (A-D e X) mais prescritos para gestantes usuárias de um centro de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) de um município do Estado de São Paulo, Brasil.

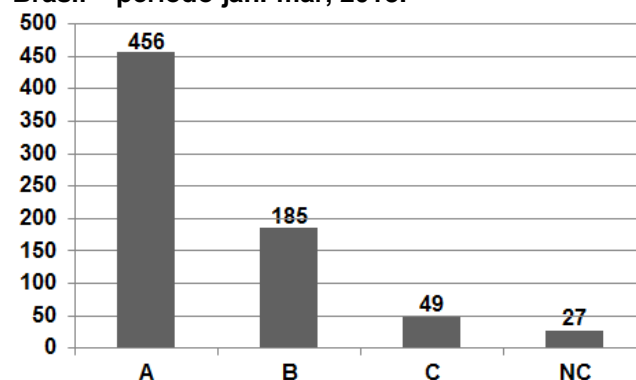
3 MATERIAL E MÉTODOS

A coleta de dados foi realizada a partir do registro dos prontuários das gestantes que realizaram pré-natal nos meses de janeiro-março de 2018, na referida unidade básica de saúde.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O número de gestantes que frequentaram o período acima citado foi de 104 e o de prescrições foi de 717. Dentre estas, 27 não eram classificadas como categoria de risco do FDA e 690 eram [456 (A), 185 (B) e 49 (C)] (Figura 1).

Figura 1. Distribuição dos medicamentos prescritos, conforme categoria de risco do FDA, para gestantes usuárias do centro de saúde do SUS de um município do Estado de São Paulo, Brasil – período jan.-mar, 2018.



Categorias A, B e C – níveis de risco explicado no texto. NC – não classificado.

Fonte: Elaborado pelos autores.

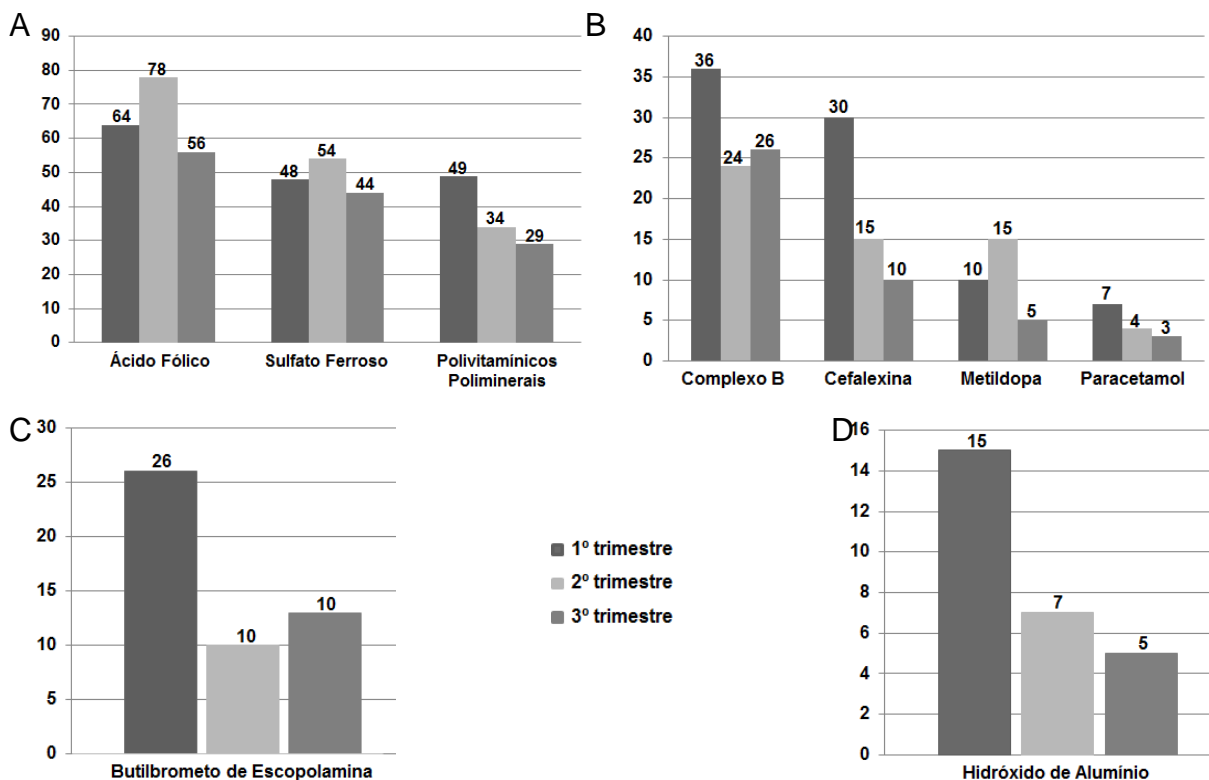
Os medicamentos da categoria A (ácido fólico, sulfato ferroso e polivitamínicos e minerais) representam 63,6%, os da categoria B (complexo B, cefalexina, metildopa e paracetamol), 25,8%, os da C (butilbrometo de escopolamina), 8% e os NC (hidróxido de alumínio), 3,8% (Tabela 1).

Tabela 1. Descrição dos medicamentos prescritos, conforme a categoria de risco do FDA, para gestantes usuárias do centro de saúde do SUS de um município do Estado de São Paulo, Brasil – período jan.-mar, 2018.

Categoria de risco (FDA)	Medicamentos Prescritos	Quantidades	Total por categoria	Porcentagem (%)
A	Ácido Fólico	198	456	63,6
	Sulfato Ferroso	146		
	Polivitamínicos e Poliminerais	112		
B	Complexo B	86	185	25,8
	Cefalexina	55		
	Metildopa	30		
	Paracetamol	14		
C	Butilbrometo de Escopolamina	49	49	6,8
NC	Hidróxido de Alumínio	27	27	3,8

Fonte: Elaborado pelos autores.

Figura 2. Distribuição dos medicamentos prescritos, conforme o trimestre, para gestantes usuárias do centro de saúde do SUS de um município do Estado de São Paulo, Brasil – período jan.-mar, 2018, conforme categoria de risco do FDA. A. Categoria A. B. Categoria B. C. Categoria C. D. Não classificado.



Fonte: Elaborado pelos autores.

Dentre os medicamentos da categoria A, incluíram-se ácido fólico [64 – 1º trimestre (tr.), 78 – 2º tr., 56 – 3º tr.], sulfato ferroso (48 – 1º tr., 54 – 2º tr., 44 – 3º tr.) e polivitamínicos e poliminerais (49 – 1º tr., 34 – 2º tr., 29 – 3º tr.) (Figura 2 A). Da categoria B, incluíram-se complexo B (36 – 1º tr., 24 – 2º tr., 26 – 3º tr.), cefalexina (30 – 1º tr., 15 – 2º tr., 10 – 3º tr.), metildopa (10 – 1º tr., 15 – 2º tr., 5 – 3º tr.) e paracetamol (7 – 1º tr., 4 – 2º tr., 3 – 3º tr.) (Figura 2 B). Da categoria C incluiu-se butilbrometo de escopolamina (26 – 1º tr., 10 – 2º tr., 13 – 3º tr.) (Figura 2 C). Dos medicamentos não classificados em categorias de risco, conforme FDA incluiu-se somente hidróxido de alumínio (15 – 1º tr., 7 – 2º tr., 5 – 3º tr.) (Figura 2 D).

5 CONCLUSÃO

A nutrição adequada durante o período gestacional é de extrema importância uma vez que o estado nutricional da mãe exerce influência sobre a saúde infantil (BARGER, 2010).

Este estudo mostra que os medicamentos da classe A são os mais prescritos na unidade do SUS cuja pesquisa foi realizada (total de 456 – Tabela 1, Figura 2A). Estes, além de não trazerem risco ao feto, são essenciais ao desenvolvimento adequado do feto e manutenção da saúde da gestante (MENGUE et al., 2001).

O ácido fólico é importante especialmente nos últimos meses que antecedem a gravidez, para o adequado fechamento do tubo neural do feto. Estudos apontam também para a redução no risco de ruptura da placenta, de restrição do crescimento intrauterino e parto prematuro, assim como prevenção de doenças respiratórias na infância e da síndrome de Down (NILSEN et al., 2008).

O uso profilático de sulfato ferroso durante a gestação é importante devido à maior necessidade desse nutriente nesse período e reduz a ocorrência de anemia ferropriva materna. A frequência desta patologia em gestantes é cerca de 30% devido à deficiência de Fe^{2+} (HAIDER BA et al., 2013).

Dentre os micronutrientes, a ingestão de Ca^{2+} e de vitamina D durante a gravidez é particularmente relevante (BARGER, 2010). A deficiência de vitamina D afeta de modo negativo os sistemas esquelético, cardiovascular, respiratório e as funções neuronais, além de provocar fechamento precoce da fontanela (URRUTIA-PEREIRA et al., 2015).

Dentre os medicamentos da classe B prescritos (Figura 2B), somente vitaminas do complexo B são necessárias para processos bioquímicos. Os demais são medicamentos ocasionais devido ao estado patofisiológico da paciente. O mesmo ocorre para os medicamentos das categorias C (Figura 2C) e D (Figura 2D).

O uso de medicamentos durante a gestação necessita de atenção devido aos efeitos adversos e riscos ao feto e à gestante.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, A. M. et al. Fatores associados ao uso de medicamentos na gestação em primigestas no Município de Rio Branco, Acre, Brasil. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30(5) p.1042-1056. 2014.

BARGER, M. K. Maternal nutrition and perinatal outcomes. J Midwifery Womens Health, v. 55 p. 502-511. 2010.

BOCHNER, R. Papel da Vigilância Sanitária na prevenção de intoxicações na infância. REVISA, São Paulo, v.1(1) p. 50-57. 2005.

BOOBIS, A. R.; LEWIS, P. Drugs in pregnancy: altered pharmacokinetics. Br J Hosp Med, v. 28 p. 566-573. 1982.

BORGES, L. G.; FRÖEHLICH, P. E. Talidomida: novas perspectivas utilização como anti-inflamatório, imunossupressor e antiangiogênico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre – RS. 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Boas Práticas: O uso de penicilina na atenção básica para a prevenção da sífilis congênita no Brasil. 1ª edição. Brasília – DF. 2015.

CASAGRANDE, E. F.; GOMES, E. A.; LIMA, L. C. B.; OLIVEIRA, M. M. E.; OLIVEIRA, R. N.; RIANI, R. L. A. et al. Utilização de medicamentos pela população universitária de Vassouras. Ver Infarma, v. 16(5) p.86-88. 2004.

DALLY, A. Thalidomide: was the tragedy preventable? Lancet, v. 351 p. 1197-1199. 1998.

DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. v. 30(2) p. 93-100. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v30n2/08Acesso> em 06 de maio de 2018.

FUCHS, F. D.; WANNMCHER, L. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 2a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.

HAIDER, B. A.; OLOFIN, I.; WANG, M.; SPIEGELMAN, D.; EZZATI, M.; FAWZI, W. W. Anaemia, prenatal iron use, and risk of adverse pregnancy outcomes: systematic review and meta-analysis. *BMJ*; v. 346:f3443. 2013.

MARRIOT, J. B.; MULLE, R. G.; DALGLEISH, A. G. Thalidomide as an emerging immunotherapeutic agent. *Immunol Today*, v. 20 p. 538-540. 1999.

MEADOWS, M. Pregnancy and the drug dilemma. FDA Consumer [serial online] 2001; <http://www.fda.gov/fdac/feature/2001/301-preg.html>. Acessado em 16 de janeiro de 2002.

MENGUE, S. S.; SCHENKEL, E. P.; DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M, I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* v. 35 p. 415-420. 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. MANUAL TÉCNICO: GESTAÇÃO ALTO RISCO. 5ª edição. Brasília – DF, 2010. Disponível em:http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso 15 de abril de 2018.

NIEBYL, J. R. Uso de drogas na gravidez. 2a Ed. São Paulo: Livraria Roca. 1989.

NILSEN, R. M.; VOLLSET, S. E.; RASMUSSEN, S. A.; UELAND, P. M.; DALVEIT, A. K. Folic acid and multivitamin supplement use and risk of placental abruption: a population-based registry study. *Am J Epidemiol*. v. 167(7) p. 867-874. 2008.

OLIVEIRA, G. G. A indústria farmacêutica e o controle internacional de medicamentos. Brasília: Editora Gráfica do Senado; 1998.

PRIMO, C. C.; TREVIZANI, C. C.; TEDESSO, J. C.; LEITE, F. M. C.; ALMEIDA, M. V. S; LIMA, E. F. A. Classificação Internacional para Prática de Enfermagem na Assistência Pré-Natal. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*, v.6, n.1/5, 2015. Disponível em: <http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571> Acesso em 06 de maio 2018.

RAMOS, G. C.; LAURETINO, A. P.; FOCHESSATTO, S.; FRANCISQUETTI, F. A.; RODRIGUES, A. D. Prevalência de infecção do trato urinário em gestantes em uma cidade no Sul do Brasil. *Revista Saúde (Saúde Maria)*, v. 25, n.1, p. 173-178, jan./jul. 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufms.br/revistasaude/artide/view/20173> Acesso em 15 de abril de 2018.

SILVA, M. G.; GONTIJO, E. E. L.; FERREIRA, D. S.; CARVALHO, F. S.; CASTRO, A. M. O perfil epidemiológico de gestantes atendidas nas unidades básicas de saúde de guripi, tocantins. *Universitas: Ciências da Saúde*, Brasília, v. 13, n;2, p. 93-102.

jul./dez. 2015 Disponível em:
<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/view/3305>
Acesso em 12 de março de 2018.

TELES, A. M. O.; FORTES, R. C. Gestação, e a suplementa o com ácido fólico, 2013. Disponível em:
[www.senaaires.com.br/biblioteca/tcfacesa/farm2013/GESTA O, E A SUPLEMENTA O COM ÁCIDO FÓLICO.pdf](http://www.senaaires.com.br/biblioteca/tcfacesa/farm2013/GESTA O,_E_A_SUPLEMENTA O_COM_ CIDO_F LICO.pdf). Acesso em 06 de maio de 2018.

URRUTIA-PEREIRA, M. et al. Deficiência de vitamina D na gravidez e seu impacto sobre o feto, o recém-nascido e na infância. Rev Paul Pediatr, São Paulo, v. 33(1) p. 104-113. 2015.

VETTORE, M. V.; DIAS, M.; VETTORE, M; LEAL, M. C. Avalia o do manejo da infec o urinária no pré-natal em gestantes do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro. Revista Brasileira Epidemiol. v. 16 n.2 p.: 338-351, 2013. Disponível em:
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1515790X2013000200338&script=sci_abstract &lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1515790X2013000200338&script=sci_abstract&lng=pt)Acesso em 12 de março de 2018.