

## **Pharmacoepidemiological profile of pregnant women assisted at a specialized health unit in the city of Bagé/RS**

### **Perfil farmacoepidemiológico de gestantes assistidas em uma unidade especializada de saúde na cidade de Bagé/RS**

DOI:10.34117/bjdv7n3-094

Recebimento dos originais: 08/02/2021

Aceitação para publicação: 01/03/2021

#### **Gabrielly da Rosa Mendes**

Farmacêutica graduada pelo Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: gabriellyM287@gmail.com

#### **Vera Maria de Souza Bortolini**

Nutricionista, Docente no Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Doutora em Ciência e Tecnologia de Alimentos (UFPEL)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: verabortolini@urcamp.edu.br

#### **Ana Paula Simões Menezes**

Farmacêutica, Docente do Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Doutora em Biologia Molecular e Celular aplicado à Saúde (ULBRA)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: anamenezes@urcamp.edu.br

#### **Ana Zilda Ceolin Colpo**

Fisioterapeuta, Docente do Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Doutora em Bioquímica (UNIPAMPA)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: anacolpo@urcamp.edu.br

#### **Caroline Araújo da Silveira Barreto**

Farmacêutica do Hospital Universitário Dr. Mário Araújo  
Rua General Flores da Cunha, 169; CEP: 96400-300; Bagé/RS  
E-mail: carolsilveira87@gmail.com

#### **Carlana Barbosa da Rosa Cruz**

Farmacêutica do Hospital Universitário Dr. Mário Araújo  
Rua General Flores da Cunha, 169; CEP: 96400-300; Bagé/RS  
E-mail: carlanafarmaceutica@gmail.com

#### **Guilherme Cassão Marques Bragança**

Coordenador dos Cursos de Farmácia e Biomedicina do Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Doutor em Ciência e Tecnologia Agroindustrial (UFPEL)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: guilhermebraganca@urcamp.edu.br

**Ana Carolina Zago**

Farmacêutica, Docente do Centro Universitário da Região da Campanha (URCAMP)  
Doutoranda em Saúde e Comportamento (UCPEL)  
Rua Coronel Azambuja, 35; CEP: 96400-710; Bagé/RS.  
E-mail: anazago@urcamp.edu.br

**RESUMO**

Neste estudo foram avaliados os perfis sociodemográficos e econômicos, bem como a utilização de medicamentos, álcool e cigarro por gestantes atendidas na Unidade Especializada de Saúde Camilo Gomes na cidade de Bagé (RS). Trata-se de uma pesquisa de caráter transversal descritivo, desenvolvida por meio de aplicação de questionários com perguntas fechadas e semiabertas, no período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019. Foram entrevistadas 152 gestantes, nas quais 50% fizeram uso de algum medicamento durante a gestação, sendo os motivos mais citados para uso: hipertensão arterial sistêmica (19,2%), diabetes gestacional (13,5%), hipotireoidismo (5,8%) e anemia (3,8%). Já, os medicamentos mais empregados, foram: metildopa (17,4%), cloridrato de metformina (10,1%), levotiroxina sódica (5,6%) e sulfato ferroso (4,4%). Com relação ao consumo de álcool durante o período gestacional, 6,7% afirmaram o consumo sabendo que estavam grávidas e 4% consumiram não sabendo da gestação. Quanto ao uso de cigarro, 10% consumiram sabendo que estavam grávidas e 2,7% consumiram não sabendo da gravidez. Os dados encontrados reforçam a necessidade de maior conhecimento sobre o perfil de utilização de medicamentos, álcool e cigarro em gestantes, visto que estes podem trazer riscos à mãe e ao feto.

**Palavras-chave:** gravidez, uso de medicamentos, desenvolvimento fetal.

**ABSTRACT**

In this study, sociodemographic and economic profiles, as well as the use of drugs, alcohol and cigarettes were evaluated by pregnant women attending the Specialized Health Unit Camilo Gomes in the city of Bagé (RS). It is a cross-sectional descriptive study, developed through the application of questionnaires with closed and semi-closed questions, from November 2018 to February 2019. A total of 152 pregnant women were interviewed, of whom 50% used some medication during (19.2%), gestational diabetes (13.5%), hypothyroidism (5.8%) and anemia (3.8%) were the most cited causes for such use. The drugs most frequently used were methyl dopa (17.4%), metformin hydrochloride (10.1%), levothyroxine sodium (5.6%) and ferrous sulfate (4.4%). Regarding alcohol consumption during the gestational period, 6.7% stated consumption knowing that they were pregnant and 4% consumed not knowing about gestation. Regarding the use of cigarettes, 10% consumed knowing that they were pregnant and 2.7% consumed not knowing about the pregnancy. The data found reinforce the need for greater knowledge about the profile of the use of drugs, alcohol and cigarettes in pregnant women, since these can pose risks to the mother and the fetus.

**Keywords:** pregnancy; use of medicines; fetal development.

## 1 INTRODUÇÃO

Características sociodemográficas e econômicas, como idade, escolaridade, ocupação, entre outros, têm sido apontadas como fatores proeminentes para a saúde da população, podendo influenciar determinados fatores de risco e o processo saúde/doença (CORDEIRO et al., 2011). Assim sendo, pesquisar o perfil das gestantes constitui-se um importante fator para o direcionamento das demandas fundamentais solicitadas pelo departamento de saúde.

Muito se tem discutido, recentemente, acerca da utilização de medicamentos durante o período gestacional, pois representa um grande desafio, visto que a maioria dos medicamentos tem a capacidade de transpassar a barreira placentária, atingindo a circulação fetal (RIBEIRO et al., 2013). De acordo com Osorio-de-Castro, Paumgarten e Silver (2004), essa preocupação começou no início da década de 1960, com a tragédia da talidomida, que foi um marco para a atenção da prática médica sobre o uso de fármacos na gestação.

Segundo Zampirolli et al. (2017), os medicamentos apresentam um alto risco para as gestantes, porém são frequentemente usados. Durante o período gestacional é possível analisar o aparecimento de manifestações clínicas inerentes à própria gravidez, além de doenças crônicas ou intercorrentes, como hipertensão e diabetes. Por outro lado, as mesmas características biológicas também determinam necessidades farmacoterapêuticas, como a suplementação de nutrientes especiais (ferro, folatos, entre outros) para assegurar padrões desejáveis de amadurecimento e de desenvolvimento fetal.

Com a finalidade de constituir uma regulamentação apropriada para normatizar e avaliar os medicamentos na qual as gestantes fazem uso, o *Food and Drug Administration* (FDA) segue uma classificação conforme o risco de um medicamento ocasionar deformidades congênitas e outras implicações na gravidez. Essa classificação divide os medicamentos em cinco categorias de risco ao feto, sendo A, B, C, D e X (FURINI et al., 2009).

Segundo Freire, Padilha e Saunders (2009), a utilização de substâncias prejudiciais à saúde durante o período gestacional, como álcool e cigarro, precisa ser averiguada e desestimulada, pois crescimento fetal restrito, aborto, parto prematuro, deficiências cognitivas no feto, entre outros, podem estar associados ao uso e excesso dessas substâncias.

Por isso, conhecer o perfil farmacoepidemiológico das gestantes se torna indispensável. Conhecendo-se este perfil, podem-se planejar ações educativas dirigidas

às gestantes, bem como, atividades constantes de educação aos profissionais de saúde voltadas ao uso racional de medicamentos, baseada na avaliação dos riscos e benefícios da terapêutica medicamentosa prescrita, assim como, chamar a atenção para o risco potencial do uso de álcool e cigarro durante a gestação.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivo verificar o perfil farmacoepidemiológico das gestantes atendidas na Unidade Especializada de Saúde Camilo Gomes na cidade de Bagé/RS, quanto a características sociodemográficas e econômicas, uso de medicamentos, álcool e tabaco durante a gravidez.

## 2 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa transversal descritiva, em que foram convidadas a participar da pesquisa gestante em qualquer período gestacional, assistidas na Unidade Especializada de Saúde (UES) Camilo Gomes na cidade de Bagé, RS, no período de novembro a dezembro de 2018, bem como, janeiro a fevereiro de 2019.

A UES Camilo Gomes é caracterizada como Centro de Referência Materno-infantil em Bagé, realizando o acolhimento de gestantes de alto risco, e também, atendimento das gestantes da região. O atendimento é feito de segunda a sexta-feira, sendo atendidas em média 240 gestantes por mês.

As informações foram coletadas utilizando-se um instrumento padronizado com questões fechadas e semiabertas, no qual as gestantes foram convidadas a preenchê-lo nos dias das consultas de pré-natal na UES.

A preferência pelo uso do questionário se baseou na facilidade de aplicação, baixo custo e rapidez, questões-chaves para a organização de uma pesquisa científica.

Os elementos coletados foram avaliados em planilha do programa Microsoft Excel®.

Foram incluídas as gestantes em qualquer período gestacional, atendidas na UES Camilo Gomes de Bagé, RS, que aceitaram participar da pesquisa.

Foi elaborado um termo de autorização encaminhado à Coordenadora da Unidade Especializada de Saúde Camilo Gomes.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da pesquisa está de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O mesmo foi assinado em duas vias, sendo uma das vias entregue à participante da pesquisa e outra via arquivada pela pesquisadora responsável. O estudo integra o projeto “A Farmácia e o Uso Racional de Medicamentos”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do

Centro Universitário da Região da Campanha (Urcamp), sob o número CAAE 97354818.0.0000.5340.

### 3 RESULTADOS

Foram pesquisadas 152 gestantes, atendidas entre o período de novembro de 2018 a fevereiro de 2019, sendo excluídas duas gestantes que não atenderam os critérios de inclusão. A Tabela 1 mostra o perfil sociodemográfico e econômico das gestantes. Quanto às informações coletadas, identificou-se que 45,3% delas encontravam-se na faixa etária entre 25 e 36 anos e que 56,7% possuem o ensino médio completo. Quanto à situação conjugal, 87,3% alegou morar com companheiro. A maioria das entrevistadas (54,7%) afirmou que a renda familiar é de até um salário mínimo nacional, sendo que 35,3% residem com quatro pessoas ou mais. Em relação à ocupação profissional, 66% das participantes assegurou que não possui trabalho remunerado.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e econômico das gestantes assistidas na UES Camilo Gomes

Variáveis	Participantes (n)	Participantes (%)
<b>Faixa etária</b>		
18-25 anos	58	38,7%
26-35 anos	68	45,3%
Acima de 36 anos	24	16%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental completo	52	34,7%
Ensino médio completo	85	56,7%
Ensino superior completo	13	8,6%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Situação conjugal</b>		
Com companheiro	131	87,3%
Sem companheiro	19	12,7%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Renda familiar</b>		
0 a 1 salário mínimo	82	54,7%
1 a 3 salários mínimos	62	41,3%
Mais de 3 salários mínimos	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Quantidade de pessoas que moram na residência</b>		
1	2	1,4%
2	41	27,3%
3	54	36%

4 ou mais	53	35,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Possui trabalho remunerado</b>		
Sim	51	34%
Não	99	66%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora.

Na Tabela 2 estão descritos os dados gestacionais das mulheres assistidas.

Das entrevistadas, 53,3% relataram estarem no terceiro trimestre da gestação. Pode-se observar que a maioria delas (63,3%) não estava vivenciando pela primeira vez a gravidez, sendo que 33,3% destas têm até um filho.

Em relação aos problemas de saúde anteriores à gestação, 86% afirmaram que não possuíam, das que obtiveram (14%), os problemas mais citados foram: hipertensão arterial sistêmica (5,9%) e epilepsia (1,8%). Destas, 12% fizeram o uso de medicamento para este fim, sendo metildopa (2,3%) e atenolol (1,7%) os fármacos mais utilizados.

Na Tabela 3 estão as informações quanto ao uso de medicamentos, álcool e tabaco pelas gestantes.

Quanto ao risco durante a gestação, 55,3% declararam que não houve nenhum tipo, das 44,7% que tiveram algum risco, foram referidos diabetes gestacional (16%), hipertensão gestacional (14,3%), hipotireoidismo (2,9%), sangramento (2,3%) e infecção urinária (1,7%).

A prevalência do uso de medicamentos durante a gravidez foi de 50%, os motivos mais citados para tal uso foram hipertensão arterial sistêmica (19,2%), diabetes gestacional (13,5%), hipotireoidismo (5,8%) e anemia (3,8%). Já os medicamentos mais utilizados foram metildopa (17,4%), cloridrato de metformina (10,1%), levotiroxina sódica (5,6%) e sulfato ferroso (4,4%), dos quais 42% foram prescritos pelo médico.

Quanto à utilização de chás, 93,3% das gestantes relataram não fazer uso, 6,7% delas referiram o uso de *Matricaria chamomilla* (camomila) (3,7%), *Foeniculum vulgare* (erva doce) (1,8%), *Cymbopogon citratus* (capim limão) (0,6%) e *Achyrocline satureioides* (macela) (0,6%), como calmante (2%), hábito (1,3%) e em substituição ao café (0,7%).

As gestantes, em sua maioria (89,3%), descreveram que não consumiram bebida alcoólica, 6,7% afirmaram o consumo sabendo que estavam grávidas e 4% consumiram

não sabendo da gestação. Em relação à frequência, 7,4% alegaram que o consumo foi raro.

Verificou-se que 87,3% das entrevistadas não fizeram uso de cigarro na gestação, 10% consumiram sabendo que estavam grávidas e 2,7% consumiram não sabendo da gravidez. Quanto à quantidade, 5,3% relataram consumo de até cinco cigarros e 6,7% afirmaram consumo superior a cinco cigarros por dia.

Tabela 2 – Dados gestacionais das mulheres assistidas

Variáveis	Participantes (n)	Participantes (%)
<b>Período de gestação</b>		
1° trimestre	19	12,7%
2° trimestre	51	34%
3° trimestre	80	53,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Primeira gestação</b>		
Sim	55	36,7%
Não	95	63,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Número de filhos</b>		
0	56	37,3%
1	50	33,3%
2	27	18%
3	10	6,7%
4 ou mais	7	4,7%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Problema de saúde (antes da gestação)</b>		
Sim	21	14%
Não	129	86%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Uso de medicamentos para esse problema de saúde</b>		
Sim	18	12%
Não	3	2%
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>14%</b>
<b>Risco durante a gestação</b>		
Sim	67	44,7%
Não	83	55,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora.

Tabela 3 – Uso de medicamentos, álcool e tabaco pelas gestantes

Variáveis	Participantes (n)	Participantes (%)
<b>Uso de medicamentos durante a gestação</b>		
Sim	75	50%
Não	75	50%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Prescrição dos medicamentos</b>		
Feita pelo médico	63	42%
Por outros profissionais	1	0,7%
Não soube responder	11	7,3%
<b>TOTAL</b>	<b>75</b>	<b>50%</b>
<b>Uso de chás</b>		
Sim	10	6,7%
Não	140	93,3%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Consumo de bebida alcoólica durante a gestação</b>		
Não consumiu	134	89,3%
Consumiu, sabendo que estava grávida	10	6,7%
Consumiu, não sabendo que estava grávida	6	4%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Consumo de cigarro durante a gestação</b>		
Não consumiu	131	87,3%
Consumiu, sabendo que estava grávida	15	10%
Consumiu, não sabendo que estava grávida	4	2,7%
<b>TOTAL</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora

#### 4 DISCUSSÃO

Nesta pesquisa realizada com gestantes em uma Unidade Especializada de Saúde em Bagé, RS, houve predominância de gestantes na faixa etária entre 26 e 35 anos (45,3%). No estudo de Xavier et al. (2013) realizado no Rio de Janeiro (RJ), o resultado foi semelhante ao encontrado, no qual a maior prevalência foi de gestantes com idade entre 20 e 35 anos (59,6%). Em estudo realizado por Dias et al. (2018) também houve semelhança com este estudo, sendo que 38,5% das gestantes possuíam idade entre 27 e 35 anos. Para o Ministério da Saúde (2012), a gestante com idade inferior aos 35 anos está em uma faixa etária ideal para gestação, sendo a idade menor que 15 e maior que 35 anos consideradas fator de risco para a gestação, exigindo uma atenção maior dos profissionais durante o pré-natal.

Com relação à escolaridade das entrevistadas, verificou-se que 56,7% possuíam o ensino médio completo e 34,7% possuíam o ensino fundamental completo, similar a um estudo realizado com gestantes usuárias do serviço de pré-natal nos Centro de Saúde da



Família (CSF) da cidade de Fortaleza (CE), onde 37,1% possuíam de cinco a oito anos de escolaridade e 47% de nove a doze anos de escolaridade (PEIXOTO et al., 2012). No estudo de Guerra et al. (2008) o resultado foi um pouco acima do encontrado, 60,6% das grávidas referiram terem até oito anos de estudo. Para o Ministério da Saúde (2000), a baixa escolaridade pode ser um agravante para a saúde das mulheres, sendo considerado um fator de risco obstétrico. Entende-se que o nível de escolaridade baixo, prejudica a compreensão das ações de educação em saúde e isso pode acarretar prejuízos para a saúde da mãe e do filho.

Quanto à situação conjugal, a maioria (87,3%) das gestantes afirmou viver com companheiro. Os resultados encontrados foram análogos ao estudo de Brum et al. (2011) realizado no município de Santa Rosa (RS), e de Santos et al. (2016) realizado em Salvador (BA), em que 88% e 76%, respectivamente, das mulheres grávidas coabitavam com companheiro. Conforme o Ministério da Saúde (2012), a situação conjugal da gestante motiva os fatores de risco gestacionais, e a variabilidade dessa situação é identificada como prejudicial à gestação.

Em relação à renda, 54,7% das entrevistadas afirmaram ter renda familiar de até um salário mínimo. Verificou-se que a maior parte delas possui uma situação financeira relativamente baixa. Zampiroli et al. (2017), em estudo realizado no município de Alegre (ES), também observaram que houve maior número (48,7%) de gestantes que possuíam esta renda mensal. Peixoto et al. (2012) em estudo realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) em Fortaleza (CE), observaram que quase todas as gestantes pesquisadas (90,9%) relataram renda de até um salário mínimo mensal. A baixa condição socioeconômica tem sido exposta na literatura como um fator de risco importante para nascimentos prematuros, o que pode ser esclarecido pela associação com outros fatores predisponentes para tal acontecimento, como nutrição deficiente, estresse físico e psicológico, entre outros (ALMEIDA et al., 2012).

Quanto ao número de pessoas na residência, Dias et al. (2018) em estudo com variáveis semelhantes, observaram que 38,4% das entrevistadas reside com até três pessoas, elementos semelhantes aos encontrados nesse estudo, no qual 36% declararam viver com até três pessoas em sua residência. Souza et al. (2013), em seu estudo sobre o Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís (MA), identificaram que a maioria (90%) reside com até cinco pessoas na mesma casa. O envolvimento dos familiares ao longo da gravidez é muito importante e estabelece uma estratégia essencial para que as gestantes preocupem-

se unicamente com elas mesmas, com a finalidade de diminuir os problemas do risco gravídico, enquanto a família pode proporcionar apoio emocional e auxílio nos serviços diários do lar (PETRONI et al., 2012).

Nesta pesquisa, 66% das gestantes relataram que não possuíam trabalho remunerado, esse resultado ficou muito próximo ao descoberto por Guerra et al. (2008) em seu estudo realizado na cidade de Natal (RN), no qual 68,2% das gestantes não possuíam trabalho remunerado. No estudo de Souza et al. (2013), realizado na Estratégia de Saúde da Família em um município de Minas Gerais, também houve semelhança, sendo que 70% das gestantes declararam que se dedicam apenas a cuidar do lar. O fato de não possuírem um trabalho remunerado, reflete diretamente na baixa renda familiar. Em compensação, essa característica favorece a amamentação, pois a inclusão da mulher no mercado de trabalho é considerada uma das causas para o desmame precoce, visto que a licença-maternidade comumente é de quatro meses, e as práticas de ordenha e armazenamento do leite materno não são amplamente divulgadas às mães (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Com relação ao tempo de gestação, 53,3% afirmaram estarem no terceiro trimestre. O estudo de Carmo e Nitrini (2004) realizado em Piracicaba-SP mostrou valores muito próximos, em que 46,7% das mulheres entrevistadas estavam no último trimestre. No estudo de Guerra et al. (2008), 46,9% das entrevistadas também referiram que se encontravam no terceiro trimestre da gravidez.

Nesta pesquisa, 63,3% das gestantes alegaram que não estavam na sua primeira gestação. Segundo Xavier et al. (2013), em seu estudo feito no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 66,5% das mulheres não estavam em sua primeira gestação, dados muito semelhantes ao encontrado. No estudo de Silva e Rosa (2014) efetivado no Sul de Santa Catarina, o resultado ficou um pouco acima do encontrado, sendo que 79,5% das entrevistadas não eram nulíparas. Para Barreto e Oliveira (2010) a gravidez seja ela primigesta ou não, é um evento fisiológico na vida normal da mulher, para tal momento, seu organismo foi vagorosamente se aprontando e adaptando. Durante a gravidez ocorrem intensas alterações fisiológicas que distinguem expressivamente o corpo da mulher, preparando-o para abrigar, nutrir e trazer à vida um novo ser, assim como há também transformações psicológicas, uma vez que a gestante busca compreender sua nova imagem e a maternidade implica não apenas a capacidade de conceber filhos, mas também, o desenvolvimento da paciência, dedicação, aprendizado e espera.

No momento da pesquisa, 37,3% das participantes disseram que não possuíam filhos, 33,3% possuíam até um filho e o restante tinham dois filhos ou mais, sendo uma delas, com nove filhos. Este perfil é condizente com o estudo feito por Marín et al. (2010) em Buenos Aires, em que 32,8% afirmaram que possuíam um filho antes do momento da pesquisa. Semelhante também ao estudo de Xavier et al. (2013), em que 43,1% das gestantes afirmaram que possuíam entre um e dois filhos. É indispensável conhecer estas características, pois mulheres que apresentam um alto número de gestações (cinco ou mais) apresentam um maior risco de morbimortalidade materna em decorrência do elevado número de gestações (BISOGNIN et al., 2011).

Quanto aos problemas de saúde anteriores à gestação, 86% afirmaram que não possuíam e, das 14% que possuíam algum tipo de doença antes da gestação, as citadas, foram: hipertensão arterial sistêmica (5,8%), epilepsia (1,7%), pielonefrite (1,1%), alergia (0,6%), anemia (0,6%), ansiedade (0,6%), arritmia cardíaca (0,6%), asma (0,6%), diabetes (0,6%), gastrite (0,6%), lesão uterina (0,6%) e síndrome do pânico (0,6%). Os medicamentos utilizados para essas condições foram: metildopa (2,4%), atenolol (1,8%), ácido fólico (0,6%), ampicilina (0,6%), carbamazepina (0,6%), cloridrato de propafenona (0,6%), digoxina (0,6%), fenobarbital (0,6%), insulina (0,6%), loratadina (0,6%), losartana (0,6%), nitrofurantoína (0,6%), oxalato de escitalopram (0,6%), sulfato ferroso (0,6%) e sulfato de salbutamol (0,6%). Em estudo realizado em uma Unidade de Saúde da Mulher, por Zampirolli et al. (2017) no Espírito Santo, foi encontrado valores semelhantes, sendo que 9,5% das gestantes possuíam algum tipo de doença crônica anterior à gestação. As doenças referidas foram: hipertensão arterial sistêmica (5,2%), depressão (0,9%), hipotireoidismo (0,9%), trombose (0,9%) e toxoplasmose (0,9%) e esquizofrenia (0,9%), não sendo observados neste estudo, quais os medicamentos utilizados para tais doenças. No estudo de Brum et al. (2011) realizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Sistema Único de Saúde (SUS) em um município do Rio Grande do Sul, apenas 2,1% do total de gestantes entrevistadas eram portadoras de doença crônica antes da gestação. As doenças mencionadas foram: hipertensão arterial sistêmica (0,84%), asma (0,42%), doença de Chagas (0,21%), toxoplasmose (0,21%), hipertireoidismo (0,21%) e sífilis (0,21%), neste estudo não foram mencionados quais foram os medicamentos utilizados para estes problemas de saúde.

Em relação ao risco durante a gravidez, 55,3% não apresentaram nenhum tipo de risco, 44,7% afirmaram possuírem algum risco neste período, os riscos citados foram: diabetes gestacional (16%), hipertensão gestacional (14,3%), hipotireoidismo (2,8%),

hemorragias na gestação (2,2%), infecção urinária (1,7%), pré-eclâmpsia (1,1%), cardiopatia (0,6%), colo do útero pequeno (0,6%), convulsão (0,6%), gravidez múltipla (0,6%), hematoma subcoriônico (0,6%), oligodrâmio (0,6%), polidrâmio (0,6%), sífilis (0,6%), toxoplasmose (0,6%) e trabalho de parto prematuro (0,6%), apenas uma gestante (0,6%) não soube declarar qual risco possuía. Estudo realizado por Carvalho e Araújo (2007) em duas maternidades pertencentes ao Sistema Único de Saúde de Recife (PE), onde todas as gestantes eram de alto risco, a doença hipertensiva específica da gravidez (36,7%) e a pré-eclâmpsia (29,1%) foram as mais frequentes. Na pesquisa realizada por Santos, Campos e Duarte (2014) em uma maternidade escola da rede pública estadual (Alagoas) no município de Maceió (AL), sendo todas as gestantes identificadas como alto risco, as patologias prevalentes foram: trabalho de parto prematuro (31,4%) e pré-eclâmpsia (31,1%), valores superiores aos encontrados no estudo na UES em Bagé. Na gestação de risco, a literatura destaca que o acompanhamento pré-natal é essencial para garantir uma gravidez saudável, além de parto seguro e elucidações de dúvidas das futuras mães (MORSE et al., 2011). Conforme o Ministério da Saúde (2001), os fatores que geram riscos podem ser agrupados em quatro grandes grupos, são eles: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis, história reprodutiva anterior, doença obstétrica na gravidez atual e intercorrências clínicas.

Quanto ao uso de medicamentos durante a gestação, 50% das gestantes afirmaram que faziam uso. Na tabela 3 estão expostos todos os medicamentos mencionados pelas entrevistadas, juntamente com o grupo farmacológico e a categoria de risco a qual pertence.

Tabela 4 - Fármacos utilizados pelas gestantes, grupo farmacológico e classificação de risco de acordo com a *Food And Drug Administration*

Grupo farmacológico	Medicamento	Categoria de risco	Participantes (n)	Participantes (%)
Agonistas $\beta$ -2 adrenérgicos seletivos e glicocorticosteroide	Fumarato de formoterol + budesonida	C	1	0,6%
Antagonistas dos receptores de angiotensina	Losartana*	C	1	0,6%
Antianêmicos	Ácido fólico	A	2	1,1%
	Sulfato ferroso	A	8	4,4%
Antiarrítmicos	Propafenona	C	1	0,6%

Antibióticos	Ampicilina	C	1	0,6%
	Espiramicina	C	1	0,6%
	Cefalexina	B	1	0,6%
Anticonvulsivantes	Fenobarbital	D	1	0,6%
Antidiabéticos	Metformina	C	18	10,1%
Antiepilépticos	Carbamazepina	D	1	0,6%
Anti-hipertensivos	Metildopa	C	31	17,4%
Anti-histamínicos	Loratadina	B	1	0,6%
Anti-inflamatórios não esteroides	Ácido acetilsalicílico	D	3	1,6%
Betabloqueadores	Atenolol	D	1	0,6%
Cardioglicosídeos	Digoxina	C	1	0,6%
Hormônios pancreáticos	Insulina	B	3	1,6%
Hormônios tireoidianos	Levotiroxina	A	10	5,6%
Suplementos vitamínicos	Vitamina A**	A	3	1,6%
<b>TOTAL</b>			<b>89</b>	<b>50%</b>

\* D se usado no 2º e 3º trimestres;

\*\* em associação com outras substâncias.

Fonte: ANVISA, 2010.

Os grupos farmacológicos mais utilizados foram: anti-hipertensivos (17,4%), antidiabéticos (10,1%), hormônios tireoidianos (5,6%), antianêmicos (5,5%), antibióticos (1,8%), anti-inflamatórios (1,6%), hormônios pancreáticos (1,6%), suplementos vitamínicos (1,6%), agonistas  $\beta$ -2 adrenérgicos seletivos e glicocorticosteroide (0,6%), antagonistas dos receptores de angiotensina (0,6%), antiarrítmicos (0,6%), anticonvulsivantes (0,6%), antiepilépticos (0,6%), anti-histamínicos (0,6%), betabloqueadores (0,6%) e cardioglicosídeos (0,6%). Dos fármacos mencionados, 10,5% se enquadraram na categoria de risco A, avaliada como a mais segura. Na categoria B, 7,9% dos fármacos se enquadram naqueles em que ensaios em animais indicaram ausência de riscos fetais, mas não há estudos controlados em humanos. Na C, 21,1% estão no grupo

em que ensaios em animais mostraram efeitos adversos, mas não há estudos controlados em humanos, enquanto na D foram identificados 10,5% dos fármacos que estão na categoria que evidencia risco fetal em humanos, mas os benefícios em certas situações justificam o uso durante a gravidez, apesar dos riscos. Na categoria X, não foi identificado nenhum medicamento. Com relação à prescrição dos medicamentos, 42% das mulheres grávidas alegaram que os medicamentos utilizados foram prescritos pelo médico.

No estudo de Nicaretta et al. (2016) realizado com gestantes em pré-natal atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em um município de pequeno porte do Vale do Taquari (RS), o resultado encontrado foi um pouco superior, em que 68% das gestantes relataram ter feito uso de pelo menos um medicamento durante o período gestacional, sendo 44% por indicação médica. Os fármacos utilizados com maior frequência foram: paracetamol (31%), dimenidrinato (14%), metoclopramida e nistatina (7%). Em relação à classificação de risco na gravidez do FDA, se obteve um total de 15,8% dos medicamentos pertencentes à Categoria A, 42,1% da Categoria B, 31,6% pertencentes à Categoria C, 10,5% da Categoria D e nenhum na Categoria X. No estudo de Carmo e Nitrini (2004) realizado com gestantes usuárias de serviços de pré-natal de atenção primária em um município de São Paulo, os resultados ficaram bem próximos ao encontrado, sendo que 44,7% das mulheres fizeram uso de medicamentos através de prescrição medicamentosa, não sendo informado neste estudo por quem foi prescrito. Os medicamentos mais utilizados foram: sulfato ferroso (22,3%), ferro (10%), hioscina (6,7%) e paracetamol (6,3%). Com relação à classificação de risco na gravidez, 35,7% são pertencentes à Categoria A, 27,5% da Categoria B, 26% pertencem à Categoria C, 1,5% da Categoria D, 1,5% pertencem à Categoria E, e 7,3% não possuíam informações quando à categoria pertencente. O uso de medicamentos na gestação expõe tanto a mãe quanto o feto a riscos, este uso pode ser determinado pelas necessidades farmacoterapêuticas essenciais a características da gestação, necessidade de suplementação de nutrientes especiais (ferro, folatos) ou intercorrências obstétricas, que motivam à prescrição, aspectos que demandam uma seleção adequada do medicamento para evitar riscos indesejáveis à gestante, ao feto ou recém-nascido. Torna-se de extrema importância que a equipe de profissionais da saúde tenha informação dos medicamentos utilizados pelas gestantes neste período, bem como o conhecimento de seus efeitos adversos e relação com os momentos críticos da gestação (BRUM et al., 2011).

Quanto ao uso de chás, 93,3% declararam não fazerem uso. Das plantas utilizadas, 3,7% utilizou *Matricaria chamomilla* (camomila), 1,8% *Pimpinella anisum* (erva doce),

0,6% *Cymbopogon citratus* (capim limão) e 0,6% *Achyrocline satureioides* (macela). No estudo de Pontes et al. (2012) efetivado nas estratégias saúde da família (ESF) no município de Cuité-PA, os dados estão um pouco acima do encontrado, sendo que 25% das entrevistadas fizeram uso de algum tipo de planta medicinal na forma de chás, outro dado divergente foram os tipos consumidos pelas gestantes, *Peumus boldus* (boldo), *Melissa officinalis* (erva-cidreira), *Cinnamomum zeylanicum* (canela) foram os mais citados e o motivo de uso foi para constipação. Também, na pesquisa de Zampiroli et al. (2017) sobre a utilização de medicamentos e plantas medicinais por gestantes atendidas na unidade de saúde da mulher em Alegre (ES), 17% das mulheres utilizaram pelo menos um tipo de chá durante o período gestacional, sendo *Cymbopogon citrates* (capim-cidreira), *Pimpinella anisum L.* (erva doce) e *Mentha piperita L.* (hortelã) os mais utilizados por elas, e o efeito esperado mais citado ao utilizarem tais plantas foi para ação calmante. Na utilização de medicamentos durante a gestação deve sempre ser levado em consideração o risco-benefício, esse mesmo cuidado deve ser aplicado à utilização de plantas medicinais, devendo ser instituída uma relação risco-benefício própria. Pois, para o uso de medicamentos, as informações são restritas e para plantas medicinais essa restrição é ainda maior. Assim sendo, havendo algum dado que indique risco à gravidez, essas plantas devem ser evitadas até que evidências garantam seu uso seguro (MENGUE; MENTZ; SCHENKEL, 2001). Segundo Nicoletti et al. (2007), a camomila é indicada como antiespasmódico, anti-inflamatório tópico, para distúrbios digestivos e insônia leve, e a erva-doce como antiespasmódico e para distúrbios dispépticos. Para Barata et al. (2009) a macela é popularmente utilizada como sedativa, anti-inflamatória, antiespasmódica e contra conflitos intestinais. Conforme Lorenzetti et al. (2012) o capim limão largamente disseminado é empregado na medicina popular como calmante, antiespasmódico e antimicrobiano.

Das entrevistadas, 89,3% declararam que não consumiram álcool durante a gravidez, 6,7% consumiram sabendo que estavam grávidas e 4% consumiram não sabendo da gravidez. De acordo com Freire, Padilha e Saunders (2009), em estudo realizado no Rio de Janeiro, 7,4% das gestantes relataram o uso de álcool durante a gestação. No estudo de Kassada et al. (2013), que trata da prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes, 6,09% das mulheres fizeram uso de álcool durante a gravidez, valores semelhantes ao encontrado. A quantidade segura de álcool que uma gestante pode consumir não está determinada na literatura, por isto é recomendado abstinência total durante toda a gravidez, pois o álcool ingerido atravessa a barreira placentária, fazendo

com que o feto esteja exposto às mesmas concentrações do sangue materno (FREIRE et al., 2005).

Das gestantes pesquisadas, 87,3% declararam que não consumiram cigarro durante o período gestacional, 10% consumiram sabendo da gravidez e 2,7% consumiram não sabendo que estavam grávidas. No que diz respeito à quantidade, 5,3% relataram consumo de até cinco cigarros e 6,7% afirmaram consumo acima de cinco cigarros por dia. No estudo de Renner et al. (2016), realizado no município de Santa Cruz do Sul (RS), foi encontrado um número elevado de consumo de tabaco durante a gestação, sendo 50,7% das gestantes usuárias durante o período gestacional. Quanto ao número de cigarros fumados por dia, 40% utilizaram entre um e dez cigarros, 20,7% entre onze e vinte e 1,4% mais de 20 cigarros diariamente. Porém, no estudo sobre fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação, 5,5% das puérperas relataram o uso de cigarro em algum momento da gravidez (FREIRE; PADILHA; SAUNDERS, 2009), valores um pouco abaixo do encontrado nesta pesquisa. Leopércio e Gigliotti (2004) afirmam que o tabagismo durante a gestação tem consequências que vão além dos prejuízos à saúde da mãe. São inúmeros os malefícios sobre a saúde do feto, que justificam dizermos que o feto é um verdadeiro fumante ativo. A insuficiência uteroplacentária tem sido indicada como o principal mecanismo responsável pelo crescimento fetal tardio nas fumantes grávidas, pois a nicotina provoca vasoconstrição dos vasos do útero e da placenta, diminuindo o fluxo sanguíneo e o fornecimento de oxigênio e nutrientes para o feto.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados encontrados nesta pesquisa fortalecem a necessidade de um maior conhecimento sobre o perfil farmacoepidemiológico das gestantes, visto que esses dados são de extrema importância para que as gestantes tenham um pré-natal de qualidade e, assim, reduzir intercorrências durante a gestação. Conhecendo esse perfil, pode-se planejar medidas educacionais voltadas tanto para o uso racional de medicamentos, quanto para o uso de álcool e cigarro, pois estes podem gerar danos à saúde da gestante e do feto.

Assim sendo, torna-se essencial a inclusão do profissional farmacêutico na atenção básica, a fim de assegurar o fornecimento de informações corretas na dispensa dos medicamentos, uma vez que este profissional é a última instância entre o medicamento e o paciente, sendo ele o responsável pela dispensação e orientação do



paciente. Logo, acredita-se em uma real modificação nessa realidade, admitindo ao farmacêutico exercer sua profissão de forma humanista na dispensação.

Conclui-se que a observação do perfil farmacoepidemiológico pode contribuir para que os profissionais de saúde possam orientar práticas de promoção da saúde que atenuem riscos. Portanto, por meio desta pesquisa, espera-se colaborar para que os profissionais da saúde pensem sobre a relevância do perfil da gestante no meio alusivo à saúde pública.

## REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. C.; JESUS, A. C. P.; LIMA, P. F. T.; ARAÚJO, M. F. M.; ARAÚJO, T. m. Fatores de risco maternos para prematuridade em uma maternidade pública de imperatriz-MA. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 86-94, 2012.
- BARATA, L. E. S.; ALENCAR, A. A. J.; TASCONE, M.; TAMASHIRO, J. Plantas Medicinais Brasileiras. I. *Achyrocline satureioides* (Lam.) DC. (Macela). **Revista Fitos**. Campinas, v. 4, n. 1, 2009.
- BARRETTO, A. P. V.; OLIVEIRA, Z. M. O ser mãe: expectativas primigestas. **Revista Saúde.Com**. Jequié, v. 6, n.1, 2010.
- BISOGNIN P.; ALVES, C. N.; BARRETO, C. N.; BUBLITZ, S.; STUMM, K. E.; WILHELM, L. A.; SILVA, S. C.; RESSEL, L. B. Características sociodemográficas e obstétricas de gestantes assistidas em consulta de enfermagem. Santa Maria, 2011. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/48947473-Caracteristicas-sociodemograficas-e-obstetricas-de-gestantes-assistidas-em-consulta-de-enfermagem-1.html>>. Acesso em: 22 abr. 2019.
- BRUM, L. F. S.; PEREIRA, P; FELICETTI, L. L.; SILVEIRA, R. D. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde no município de Santa Rosa (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**. Canoas, v. 16, n. 5, p. 2435-2442, 2011.
- CARMO, T. A.; NITRINI, S. M. O. O. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, 2004.
- CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 19 dez. 1973.
- CORDEIRO, S. B. M.; ARAÚJO, T. M.; ALMEIDA, M. M. G.; SANTOS, K. O. B. Características sociodemográficas e condições de saúde da população urbana de Feira de Santana, Bahia: análise de diferenciais de gênero. **Revista Baiana de Saúde Pública**. V. 35, supl.1, p.9-27, jan./jun. 2011.
- DIAS, E. G.; ANJOS, G. B.; ALVES, L.; PEREIRA, S. N.; CAMPOS, L. M. Perfil socioeconômico e gineco-obstétrico de gestantes de uma Estratégia de Saúde da Família do Norte de Minas Gerais. **Revista Saúde e Desenvolvimento**. V.12, n.10, 2018.
- FREIRE, K.; PADILHA, P. C.; SAUNDERS, C. Fatores associados ao uso de álcool e cigarro na gestação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 31, n. 7, p. 335-341, jul. 2009.

FREIRE, T. M.; MACHADO, J. C.; MELO, E. V.; GUSMÃO, D. Efeitos do consumo de bebida alcoólica sobre o feto. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 376-381, 2005.

FURINI, A.A.C.; GOMES, A.M.; SILVA, C.O.; VIEIRA, J.K.G.; SILVA, V.P.; ATIQUÊ, T.S.C. Estudo de indicadores de prescrição, interações medicamentosas e classificação de risco ao feto em prescrições de gestantes da cidade de Mirassol – São Paulo. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**. V. 30, n. 2, 2009.

GUERRA, G. C. B.; SILVA, A. Q. B.; FRANÇA, L. B.; ASSUNÇÃO, P. M. C.; CABRAL, R. X.; FERREIRA, A. A. A. Utilização de medicamentos durante a gravidez na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 30, 2008.

KASSADA, D. S.; MARCON, S. S.; PAGLIARINI, M. A.; ROSSI, R. M. Prevalência do uso de drogas de abuso por gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 5, p. 467-471, 2013.

LEOPÉRCIO, W.; GIGLIOTTI, A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**. São Paulo, v. 30, n. 2, 2004.

LORENZETTI, E.R.; CONCEIÇÃO, D.M.; SACRAMENTO, L.V.S.; FURTADO, E.L. Controle da ferrugem das folhas do capim-limão [*Cymbopogon citratus* (DC.) Stapf] com produtos naturais. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**. Botucatu, v. 14, n. 4, p.571-578, 2012.

MARÍN, G. H.; CAÑAS, M.; HOMAR, C.; AIMETTA, C.; ORCHUELA, J. Uso de fármacos durante el período de gestación en embarazadas de Buenos Aires, Argentina. **Rev salud pública**. 2010;12(5):722-31.

MENGUE, S. S.; MENTZ, L. A.; SCHENKEL, E. P. Uso de plantas medicinais na gravidez. **Revista Brasileira de Farmacognosia**. Porto Alegre, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal: manual técnico. Brasília, 2000. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>. Acesso em: 13 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: Manual técnico. 5ª ed. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_tecnico\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 12 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, 2012. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em: 15 abr. 2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria executiva. Gestante de Alto Risco. Brasília, 2001. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestantes.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2019.

1.

2. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Vitaminas B6, B9 e B12 são fundamentais para o metabolismo. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/editoria/saude/2014/08/vitaminas-b6-b9-e-b12-sao-fundamentais-para-o-metabolismo>>. Acesso em: 25 mai. 2018.

MORSE, M. L.; FONSECA, S. C.; BARBOSA, M. D.; CALIL, M. B.; EYER, F. P. C. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, pp. 623-638, 2011.

NICARETTA, F. M. R.; RIGO, M. P. M.; CASTRO, L. S.; KAUFFMANN, C.; ELY, L. S. Utilização de medicamentos por gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde em um município do Vale do Taquari-RS. **Revista Destaques Acadêmicos**. Lajeado, v. 8, n. 3, 2016.

NICOLETTI, M. A.; JÚNIOR, M. A. O.; BERTASSO, C. C.; CAPOROSSI, P. Y.; TAVARES, A. P. L. Principais interações no uso de medicamentos fitoterápicos. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**, v. 19, n. 1/2, p. 32-40, 2007.

OSORIO-DE-CASTRO, C. S.; PAUMGARTTEN, F. J. R.; SILVER, L. D. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, 2004.

PARIZOTTO, J.; ZORZI, N. T. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 2008.

PEIXOTO, C. R.; LIMA, T. M.; COSTA, C. C.; FREITAS, L. V.; OLIVEIRA, A. S.; DAMASCENO, A. K. C. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**. Fortaleza, v. 16, n. 2, p. 171-177, 2012.

PETRONI, L. M.; SILVA, T. C.; SANTOS, A. L.; MARCON, S. S.; MATHIAS, T. A. F. Convivendo com a gestante de alto risco: a percepção do familiar. **Ciência, Cuidado e Saúde**. V. 11, n. 3, 2012.

PONTES, S. M.; SOUZA, A. P. M.; BARRETO, B. F.; OLIVEIRA, H. S. B.; OLIVEIRA, L. B. P.; SARAIVA, A. M.; COSTA, D. A.; CARMO, E. S. Utilização de plantas medicinais potencialmente nocivas durante a gestação. **Com. Ciências Saúde**. V. 23, n.4, p.305-311, 2012.

RIBEIRO, A. S.; SILVA, M. V.; GUERRA, P. G.; SAICK, K. W.; ULIANA, M. P.; LOSS, R. Risco potencial do uso de medicamentos durante a gravidez e a lactação. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**. Minas Gerais, v. 25, n. 1, 2013.

RENNER, F. W.; COSTA, B. P.; FIGUEIRA, F. P.; EBERT, J. P.; NASCIMENTO, L. S.; FERRARI, L.; GROSSI, M.; FRANÇA, V. T. Avaliação do uso de drogas por gestantes atendidas em hospital de ensino do interior do Rio Grande do Sul. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**. Santa Cruz do Sul, v. 6, n. 2, 2016.

SANTOS, L. F.; VIEIRA, Y. P.; SGANZERLA, J.; PETRY, L.; OLIVESKI, C. C.; BUENO, M. L. Promoção de saúde à gestantes através de práticas grupais: relato de experiência. **Salão do Conhecimento**. Santa Maria, 2016.

SANTOS, M. M.; PORTO, P. N.; OLIVEIRA, J. F.; PIRES, C. G. S.; ARAÚJO, A. J. S. Associação entre características sociodemográficas e frequência de uso de álcool por gestantes. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador, v. 30, n. 2, p. 1-9, 2016.

SILVA, M. S.; ROSA, M. R. Q. P. Perfil de gestantes de alto risco atendidas em um centro obstétrico de Santa Catarina. **R. Interd.**, v. 7, n. 2, p. 95-102, abr./mai./jun. 2014.

SOUZA, N. A.; QUEIROZ, L. L. C.; QUEIROZ, R. C. C. S.; RIBEIRO, T. S. F.; FONSECA, M. S. S. Perfil epidemiológico das gestantes atendidas na consulta de pré-natal de uma unidade básica de saúde em São Luís-MA. **Revista de Ciências da Saúde**. São Luís, v.15, n. 1, p. 28-38, jan./jun., 2013.

XAVIER, R. B.; JANOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; MARTINS, A. C. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 1161-1171, abr. 2013.

ZAMPIROLI, A. C. D.; OLIVEIRA, M. V. L.; MARIANI, N. A. P.; MEIRA, E. F.; MEIRA, F. D. M. S. Utilização de medicamentos e plantas medicinais por gestantes atendidas na unidade de saúde da mulher em Alegre, ES, Brasil. **Infarma-Ciências Farmacêuticas**. Alegre, v. 29, pp.349-356, 2017.