

UTILIZAÇÃO E CUSTO DE MEDICAMENTOS EM GESTANTES DE BAIXO-RISCO

Sayuri Tanaka Maeda¹
Sílvia Regina Secoli²

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

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

USE AND COST OF MEDICATION IN LOW RISK PREGNANT WOMEN

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

DESCRIPTORS: health care costs; pregnant women; drug cost

USO Y COSTO DE MEDICAMENTOS PARA MUJERES EMBARAZADAS DE BAJO RIESGO

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

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

¹ Enfermeira. Economista. Professor Doutor, e-mail: sayuri@usp.br; ² Enfermeira, Professor Doutor. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Brasil

INTRODUÇÃO

No Brasil, após a reforma sanitária, as profissões do campo da saúde tenderam a ampliação das responsabilidades e conseqüente aumento de oportunidades da aplicação de seus conhecimentos, inclusive nesse âmbito a enfermagem. Associou-se a esse fenômeno, as transformações advindas das mudanças de paradigmas no conceito de saúde-doença, promulgação e regulamentação das Leis Orgânicas da Saúde Nº 8.080/90 e a Nº 8.142/90, com seus princípios e diretrizes, que deram impulso à descentralização técnico-administrativa, com vistas a inovação de serviços aos cidadãos.

Houve também mudanças significativas no que se refere à implementação de políticas específicas voltadas para a população feminina, que evoluiu do Programa Materno Infantil para o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM), sendo que este marcou o desenvolvimento convergente a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto modelo, o primeiro deu ênfase a visão biomédica, base da formação médica e, predominante ainda hoje. A institucionalização do fenômeno da medicalização, presente na prática cotidiana, advém desse paradigma⁽¹⁾.

O PAISM busca uma abordagem integral as necessidades das mulheres no mundo contemporâneo, inseridas no mercado de trabalho e exercendo direitos civis e políticos outrora consagrados, por questões de gênero, mais aos homens. Desses fatos acelerou a emergência de novas interpretações, sobretudo da gravidez que passou a incluir dimensões sociais e das famílias dessas mulheres, sendo elas o enfoque atual.

A gravidez representa um processo de mudança marcante na vida da mulher. É um conjunto de fenômenos que envolvem a mulher desde a concepção ao nascimento de um novo ser humano, incluindo a mudança do seu papel social na sociedade. Produz um equilíbrio biológico instável, pois as alterações hormonais, que ocorrem durante o processo, são fontes de mudanças comportamentais, fisiológicas e bioquímicas. Essa condição singular, na qual o meio ambiente fetal é controlado fisiologicamente pela mãe, demanda cuidados especiais no que concerne à exposição desta mulher a substâncias farmacológicas. Desse modo, em nenhuma outra especialidade clínica os riscos terapêuticos são tão grandes quanto os que ocorrem na gravidez, pois muitos dos efeitos dos

medicamentos usados pela mãe podem determinar alterações morfológicas significativas, irreversíveis, as quais podem ocorrer em diferentes fases do desenvolvimento fetal⁽²⁾.

No Brasil, os estudos mostraram que o consumo de medicamentos durante a gestação foi expressivo, variando de 83,8 a 97,6 o percentual de mulheres que utilizaram, pelo menos, um agente durante a fase pré-natal. Além disso, 33,5% dessas mulheres praticaram a automedicação⁽³⁻⁵⁾.

No Programa de Saúde da Família (PSF), o uso de medicamentos pelas gestantes emerge como uma questão importante, porque o padrão de atenção dos médicos e enfermeiras encontra-se pautado em protocolos, os quais oferecem direcionamento das ações profissionais, apresentando, quando necessário, indicações terapêuticas, que incluem medicamentos padronizados na assistência pré-natal⁽⁶⁾.

O período da gestação em que acontece a exposição ao medicamento é um fator importante, podendo estar relacionada a três fases, a saber, ovo, que inclui da fecundação a implantação; embrionária, que contempla da segunda a oitava semana pós-fecundação e a fetal, que abrange a oitava semana completa até o final da gestação⁽²⁾.

A fase embrionária corresponde ao período teratogênico clássico, porque abarca a organogênese. Antes desta, a exposição ao medicamento determina dano definitivo causando morte ou reabsorção, ou nenhum efeito, porém, no período fetal podem ocorrer efeitos adversos como, por exemplo, com a tetraciclina. Outros fatores podem influenciar a transferência placentária dos medicamentos, tais como a grau de absorção, metabolismo materno, ligação protéica, carga elétrica, peso molecular e lipossolubilidade da substância⁽⁷⁾.

Durante o período gestacional, o acesso das mulheres aos medicamentos é favorecido pelo Programa de Assistência Farmacêutica do SUS. O objetivo deste programa é melhorar a integração dos recursos econômicos, visando aumentar a capacidade de financiamento de serviços e obter maior efetividade na atenção a gestante⁽⁸⁾.

OBJETIVO

Verificar a utilização de medicamentos por gestante; classificá-los quanto ao grupo terapêutico e sua categoria de risco e identificar os custos desses agentes terapêuticos.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo observacional e descritivo sobre a utilização e custo de medicamentos prescritos a gestantes. Este trabalho integra parte dos resultados de um projeto matriz, que investigou o custo da assistência pré-natal em uma unidade, após a implantação do PSF.

O projeto matriz foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa vinculado a Secretaria Municipal de Saúde da PMSP. Foram solicitadas, ainda, autorizações da direção da Unidade investigada e da Fundação Zerbini, parceira da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo na gestão dessa Unidade de Saúde (UBS).

A amostra constituiu-se de 47 gestantes que realizaram o controle pré-natal, no período de julho de 2001 a junho de 2003, em uma UBS, localizada na zona Leste do município de São Paulo. Os critérios de elegibilidade dessa amostra incluíram mulheres grávidas, classificadas como gestantes de baixo risco, na faixa etária de 20 a 29 anos e consideradas de menor risco para a gestação⁽²⁾

Para a coleta de dados elaborou-se e testou-se um instrumento específico, que constava a identificação geral da família da gestante e a acompanhamento da atenção durante o período pré-natal. A cada consulta de enfermagem ou médica eram listados os medicamentos prescritos, possibilitando assim, o levantamento da história clínica da população estudada.

A coleta de dados foi realizada pelas pesquisadoras, as quais utilizaram as histórias clínicas familiares, o livro de registro dos agentes comunitários, e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) como fontes de consulta.

Alguns dados sociais mostraram as condições de vida das famílias das gestantes. Verificou-se que 38,3% (n=18) das mulheres pertenciam à faixa etária de 20 a 22 anos, 29,8% (n=14) de 23 a 25 anos e 31,9% (n=15) de 26 a 29 anos. O perfil familiar apontou que 65% das gestantes conviviam com um a seis membros e 25% revelaram a presença de pessoas agregadas, além dos próprios membros da família. Esses dados indicam provável reflexo das migrações inter-regionais, o que explica, em parte, a presença de famílias numerosas, presença de membros agregados, muito embora, cerca de 10% dos prontuários não dispusessem dessa informação.

No processamento dos resultados, os medicamentos foram destacados como categoria de custo direto, integrando uma das planilhas do total de custos da produção do serviço pré-natal. Esta

planilha constou da captação da prescrição de medicamentos para cada uma das gestantes atendidas no período investigado.

Para a classificação dos medicamentos utilizou-se o Sistema Alfa, que apresenta como eixo principal o uso terapêutico de cada agente, cabendo a divisão por sistema orgânico e química⁽⁷⁾.

Os preços dos medicamentos foram obtidos através das páginas *on line* da Bolsa Eletrônica de Compras (BEC) do Governo do Estado de São Paulo. Para alguns itens específicos da área de odontologia consultaram-se notas fiscais, de responsabilidade da Unidade pesquisada.

Para valorar os custos dos medicamentos e facilitar a conversão do valor da moeda em países diferentes, utilizou-se o dólar americano como referência (valor do dólar médio do ano de 2003: US\$ 2,29),

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A atenção básica de saúde dispõe do respaldo da política de assistência farmacêutica⁽⁸⁾, que incorpora o princípio da integralidade na assistência e no acesso a medicamentos, conferindo qualidade na cobertura, e constituindo importante elo de continuidade da assistência para a clientela do SUS - a maioria submetida à restrição orçamentária.

Tabela 1 - Distribuição das 47 gestantes, segundo medicamento utilizado durante o período de gestação. Unidade de Saúde da Família, Sapopemba. Região Sudeste do MSP, 2003.

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

A média de medicamentos utilizado pelas gestantes foi de 3,63, havendo para 25,5% delas a prescrição de cinco a nove agentes. Este resultado

corroborar com os achados em outros estudos que apontaram uma média de 4,2 medicamentos por gestante⁽³⁻⁵⁾.

O sulfato ferroso foi prescrito a todas as gestantes (100%), os polivitamínicos e o ácido fólico para 51,1% (Tabela 1). O subprograma de assistência pré-natal preconiza o uso do suplemento de ferro, cujo Protocolo de Enfermagem da SMS⁽⁶⁾ estabelece que as enfermeiras devem recomendar os medicamentos antianêmicos às gestantes, quando tal ordem clínica for justificada. Assim sendo, justificando seu uso na totalidade da amostra. Apesar de estudos mostrarem a eficácia da suplementação de ferro, a prevalência da anemia por privação de ferro não foi reduzida, especialmente nos países em desenvolvimento⁽⁹⁾. A OMS afirmou que 58% das gestantes desses países são anêmicas, apresentando como conseqüências o parto prematuro, crianças com baixo peso, maior morbidade e risco de morte durante o parto e período pós-parto⁽¹⁰⁾.

Os polivitamínicos (29,8%) e o ácido fólico (21,3%), também, a despeito de serem previstos no protocolo⁽⁶⁾ foram prescritos a um grupo inferior a 30%. Ambos são essenciais às gestantes, especialmente aquelas de baixa renda, como as que integram a presente amostra.

A gravidez é uma condição fisiológica na qual ocorre aumento das necessidades de nutrientes, e o ácido fólico, além de reduzir a ocorrência de anemia megaloblástica, reduz o risco de má formação do tubo neural⁽¹¹⁻¹²⁾. Um estudo brasileiro mostrou que, a despeito da importância dos polivitamínicos e do ácido fólico, esses agentes foram usados por 34% e 10% das gestantes, respectivamente⁽¹³⁾.

Os antiespasmódicos e analgésicos (escopolamina, dipirona e paracetamol) utilizados por 68% da amostra foram prescritos, muitas vezes, com a mesma finalidade, ou seja, aliviar as dores de baixo ventre e na região lombar, tão freqüente nas gestantes.

Os medicamentos de administração tópica como metronidazol e nistatina foram utilizados por 15 gestantes 31,9% para tratamento de infecções vaginais. Este tipo de infecção é freqüente no curso da gestação, todavia no grupo investigado elas podem estar associadas às condições de vida, além do espectro biológico.

Quanto à classificação terapêutica, os medicamentos foram organizados de forma que o N indicou o total de vezes em que foi prescrito e o respectivo percentual.

Tabela 2- Distribuição dos medicamentos utilizados durante o período de gestação, segundo a classificação terapêutica. Unidade de Saúde da Família, Sapopemba. Região Sudeste do MSP, 2003.

Classificação terapêutica	Medicamento	
	N	%
Antianêmico	82	48,2
Antiespasmódico	24	14,1
Antibiótico	19	11,2
Fungicida	18	10,6
Analgésico	12	7,1
Antiemético	11	6,4
Antihipertensivo	2	1,2
Antiepiléptico	2	1,2
Total	170	100,0

Na Tabela 2 observa-se que a classe terapêutica dos antieméticos foi pouco indicada (6,4%), uma vez que sintomas de náusea e vômito são comuns no primeiro trimestre. O grupo dos antibióticos foi prescrito para tratar infecções urinárias em 19 gestantes. Sete delas apresentaram um episódio de infecção, quatro (8,5%) tiveram infecções repetidas, sendo submetidas duas vezes a antibioticoterapia. Neste grupo das 18, quatro delas necessitaram tratamento dentário e utilizaram antibióticos para tratar infecções odontológicas.

As infecções urinárias são as complicações clínicas principais da gestação, sendo a *Escherichia coli* o patógeno mais envolvido. No tratamento deste tipo de infecção são necessários antimicrobianos de fácil administração, baixo custo, livre de efeitos colaterais e que ofereçam segurança à mãe e ao feto⁽¹⁴⁾. Essas características estão presentes na ampicilina e cefalexina, as quais foram prescritas às gestantes que apresentaram essa condição clínica. A ampicilina foi prescrita no terceiro trimestre de gestação, da terceira a 38.ª semana, e somente uma gestante utilizou cefalexina na 12.ª semana.

Tabela 3 - Distribuição dos medicamentos utilizados durante a gestação, segundo a categoria de risco. Unidade de Saúde da Família, Sapopemba. Região Sudeste do MSP, 2003.

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

Na Tabela 3 verifica-se que houve predomínio de medicamentos pertencentes à categoria de risco A (48,2%) e B (34,1%). Todavia, observa-se que a dipirona, escopolamina e metildopa de categoria de risco C, que em estudos animais demonstram efeitos teratogênicos no feto e não existem estudos controlados em mulheres, foram prescritos. A metildopa e o fenobarbital encontravam-se recomendados para gestantes portadoras de problemas clínicos, porém com uso monitorado. Por meio das histórias clínicas

constatou-se que tais indicações ocorreram em virtude de quadros diagnosticados em fase anterior ao processo gestacional.

A indicação do uso de qualquer medicamento é uma decisão de suma importância, pois os pilares do tratamento baseiam-se no alívio do sofrimento materno e preservação da saúde fetal. Entretanto, é fundamental a vigilância do efeito desses agentes no ciclo reprodutivo feminino, orientando-se pelo argumento de promover a saúde.

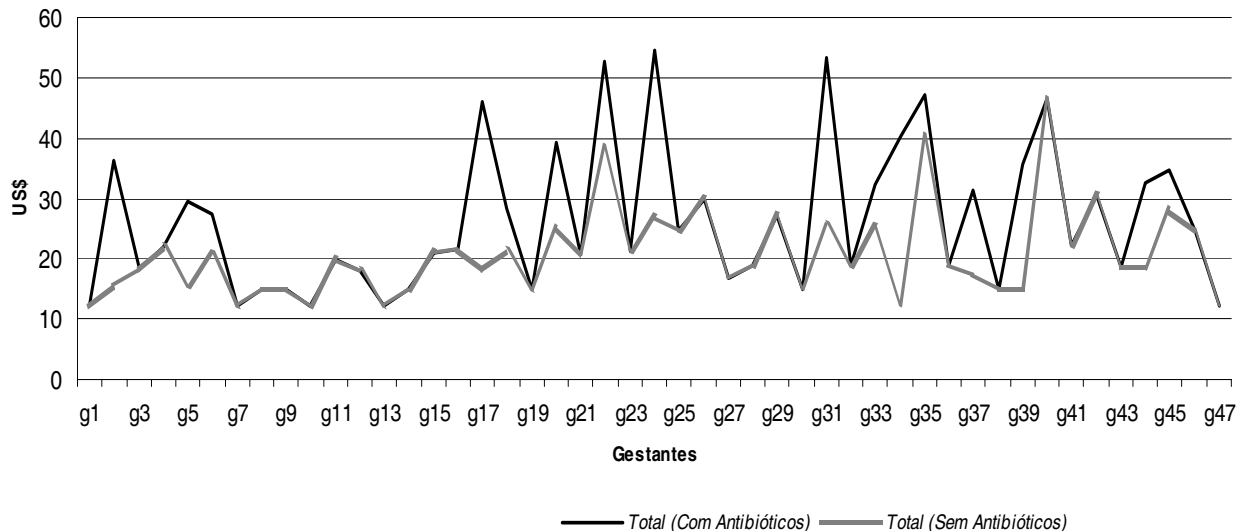


Figura 1 - Representação do custo dos medicamentos por gestante. Unidade de Saúde da Família, Sapopemba. Região Sudeste do MSP, 2003.

O custo médio dos medicamentos por gestante foi de US\$ 26,22 e a mediana de US\$ 22,08. O grupo de gestantes que apresentou prescrições restritas a antianêmicos e complexos vitamínicos resultou em US\$ 12,20 e para aquelas que necessitaram outras intervenções o valor foi de US\$ 54,65. A amplitude desse intervalo ocorreu em função de seis gestantes que apresentaram quadros infecciosos de repetição. Numa análise mais detalhada verifica-se que sem a terapêutica com antibióticos a variação do custo dos medicamentos no período pré-natal oscilava entre US\$ 12,20 e US\$ 29,96 (Figura 1).

Tratando-se de gestantes em condições normais, pode-se dizer que o custo dos medicamentos não apresentou valores expressivos. Verificou-se que a indicação de antibioticoterapia causou aumento dos custos. Observou-se que as gestantes apresentaram necessidades distintas, o que fez alocar profissionais específicos, sendo subdivididas em três grupos: 37 gestantes que não apresentaram ocorrências, oito que necessitaram atenção odontológica e, duas que foram acompanhadas pela equipe de saúde mental.

Em relação a esses grupos verificaram-se fatos inusitados. Supondo que as gestantes, realmente encontravam-se em condições normais, de baixo risco, a hipótese era que as mulheres que utilizassem mais medicamentos fossem aquelas que realizavam tratamento dentário ou acompanhamento da equipe de saúde mental. Dentre as 37 gestantes que, aparentemente, não tiveram ocorrências, apresentaram eventos que resultaram no consumo de um a nove medicamentos. As que foram submetidas ao tratamento odontológico (n=8) utilizaram um a seis agentes e, as gestantes que estavam sob os cuidados da equipe de saúde mental consumiram de dois a cinco. Dentre as gestantes 12 (32,4%) foram submetidas à terapêutica por infecção urinária com ampicilina ou cefalexina, e das que utilizaram o serviço de odontologia, três necessitaram de antibiótico devido à infecção dentária, explicando o caráter de urgência da intervenção. Esses fatos permitem inferir que as condições de vida dessa

população explicam em parte esses quadros infecciosos de repetição, reforçando a hipótese de que tais situações necessitam de mais intervenções educativas em saúde. Assim, pode-se inferir que é possível reduzir o custo dos medicamentos, caso haja mais espaço técnico para avaliar a real necessidade desse agente.

A experiência obtida na coleta de dados da presente investigação mostrou que as enfermeiras, na unidade estudada, estão assumindo a responsabilidade de acompanhamento clínico no pré-natal de baixo risco⁽¹⁵⁾. Nesse processo de coleta de histórias clínicas observou-se à valoração do ato de prescrever como atividade nuclear, pois, aparentemente os registros que documentavam a assistência eram centralizados na folha de evolução clínica, sem os registros das ações complementares como, por exemplo, a orientação. As demais atividades de grupo que conformam a centralidade nas ações educativas se subentendem como ações conectadas, certamente realizadas e eleitas como importantes, mas não eram documentadas como produto a consulta.

A existência de protocolos assistenciais, norteadores de conduta técnica quanto ao uso de medicamentos, não é suficiente para assegurar uma prática livre de riscos, pois envolve dimensões sociais que vão além do ato da prescrição. A segurança da mulher grávida deve ser monitorizada através de avaliação cuidadosa, a partir das suas condições sociais, seguimento de exame do estado fisiológico e história farmacológica. Nesta vertente é desejável que existam ações sistemáticas de orientação e educação em saúde, como estratégias obrigatórias, de modo a desenvolver valores preconizados na promoção e prevenção de afecções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tiefer L. The medicalization of women's sexuality. *Am J Nurs* 2000; 100(12):11.
2. Rezende J, Aranda OL. Anamnese e exame físico. In: Rezende J. *Obstetrícia*. 9ª ed. Rio de Janeiro. 9ª ed. Guanabara Koogan; 2000. p.179-200.
3. Carmo TA, Nitrini SMOO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. *Cad Saúde Pública* 2005; 20(4):1-22.
4. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na embarazo: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(2): 205-12.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos permitem concluir a existência de homogeneidade na indicação dos medicamentos as gestantes, vislumbrando a necessidade de aprofundar a análise quanto aos critérios para a sua utilização, especialmente aqueles pertencentes à categoria de risco C.

Os custos mais elevados foram relacionados ao uso de antibióticos, indicados no tratamento de infecções e não dos suplementos vitamínicos e outros, que visam à manutenção da saúde materna e fetal.

No âmbito da atenção básica, a prescrição de medicamentos pela enfermeira é uma prática reconhecida que provem das transformações do papel desse profissional ao longo dos anos, pela sua importância técnico-política consignada à atenção básica no SUS e o resgate da sua competência clínica, sob os auspícios da nova concepção de saúde. Paralelamente, remete a área acadêmica, a necessidade de aprofundar essa temática, no processo de formação desses profissionais.

Se o enfoque do processo gestacional é a saúde e o uso de medicamentos como uma das estratégias para buscar o equilíbrio da gestante, é de supor que haja espaço de construção da interface individual e do coletivo, de modo a impulsionar a participação da mãe como sujeito da ação. Essas ações devem ganhar mais crédito do que o ato de prescrever, além de conquistar maior identidade no conjunto de cuidados a saúde como momentos de produção compartilhados, entre usuários e profissionais. Emerge daí uma perspectiva de produção onde subjazem valores sociais, mas geradores de custos em saúde, os quais vão além dos valores objetivos da moeda expressa como agente de mudança.

5. Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(5): 415-20.
6. Secretaria Municipal de Saúde (SP). *Atenção à Saúde da Mulher: protocolo de enfermagem*. São Paulo; 2003.
7. Silva P. *Farmacologia*. 6ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002.
8. Marques MB. Patentes farmacêuticas e acessibilidade aos medicamentos no Brasil. *Hist Cienc Saúde- Manguinhos* 2000; 7(1): 7-21.
9. Viteri FE. Iron supplementation for the control of iron deficiency in populations at risk. *Nutr Rev* 1997; 55(6):195-209.
10. Galloway R, Dusch E, Elder L, Achadi E, Grajeda R, Hurtado E, et al. Women's perception of iron deficiency and anemia prevention and control in eight developing countries. *Soc Sci & Med* 2002; 55(4):529-44.

11. Grahame SDG, Aronson JK. Farmacoterapia e reprodução. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2002. p. 85-92.
12. Werler MM, Hayes C, Louik C, Shapiru S, Mitchell AA. Multivitamin supplementation and risk of birth defects. *Am J Epidemiol* 1999; 150(7): 675-82.
13. Cantero MAR. Fatores influenciadores da aderência ao uso de medicamentos durante a gestação. Enfoque no uso de compostos de sais de ferro e vitaminas. *Rev Bras Med* 2003; 60(4): 214-6.
14. Carvalho NS. Infecções urinárias na mulher. *Prática Hospitalar* 2004 6(32): 51- 4.
15. Maeda ST, Ciosak SI. Inversión del recurso-tiempo en la monitorización de embarazadas de bajo riesgo por el equipo de salud de la familia. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005; 13(2): 188-94.