



**Universidade
Potiguar**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES®

**LUCAS MATHEUS RIBEIRO SILVA
MARIA LUIZA HONÓRIO COSTA**

**A INFLUÊNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA FARMACOTERAPIA EM
GESTANTES**

NATAL/RN

2020

A INFLUÊNCIA DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA NA FARMACOTERAPIA EM GESTANTES¹

THE PHARMACEUTICAL INFLUENCY IN THE PRAGNANTS PHARMACOTHERAPY

Lucas Matheus Ribeiro Silva²
Maria Luiza Honório Costa
Gabriella Mendes Duarte³

RESUMO

O presente artigo tem como objetivo principal elucidar a importância do farmacêutico no manejo da farmacoterapia em gestantes. A gestação é um período avaliado como uma situação de alto risco e o uso de medicamentos nessa fase de vida deve ser avaliado com prudência, levando em conta a segurança da mulher e do feto, uma vez que pode estar correlacionado à ocorrência de aborto, prematuridade, morte neonatal, anormalidades fetais. Onde estudos expõem que mediante todas as dificuldades que cercam o período gestacional quanto à atenção básica à saúde, muitas se justificam pela ausência de acompanhamento qualificado provindo da limitada formação do profissional farmacêutico à área e/ou também da indevida gestão de cuidados orientados à equipe de saúde.

A profissão do farmacêutico está em crescente mudança no Brasil. Para tanto, a atenção farmacêutica se destaca como uma das atuações de suma importância, proporcionando a promoção à saúde primária. Seu pontapé inicial decorreu no fim da década de 70, com o intuito de desenvolver melhorias na qualidade de vida do paciente, priorizando a eficácia e a segurança das terapias medicamentosas adotadas. Essa profissão se destaca como grande aliado, principalmente para pacientes que se enquadram no grupo de risco, na qual evidenciamos o monitoramento da farmacoterapia da gestante, tendo em vista suas peculiaridades biológicas e o fato de serem poucos os fármacos utilizados por esse grupo. Nessa perspectiva, o profissional em farmácia atua proporcionando uma orientação correta, trazendo segurança às gestantes, sendo primordial uma maior e mais concreta assistência farmacêutica às gestantes, com o objetivo de melhor aderir-las ao tratamento, de modo que proporcione o uso racional de medicamentos e assegure a saúde da mãe e do feto.

Palavras-chave: Gestante. Atenção farmacêutica. Promoção a Saúde.

¹ Artigo apresentado à Universidade Potiguar, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Farmácia, em 2020.

² Graduando em Farmácia pela Universidade Potiguar – Email: lucasmatheuscm@hotmail.com
marial.-luiza@hotmail.com

³ Professora-Orientadora. Especialista em Farmácia Clínica e Prescrição farmacêutica Docente na Universidade Potiguar – Email: gabriella.duarte@unp.br.

ABSTRACT

This article aims to elucidate the importance of the pharmacist in the management of pharmacotherapy in pregnant women. Pregnancy is a period assessed as a situation of high risk and the use of medications in this stage of life should be carefully evaluated, taking into account the safety of the woman and the fetus, since it may be correlated with the occurrence of abortion, prematurity, neonatal death, fetal abnormalities. Where studies show that, due to all the difficulties that surround the gestational period in terms of primary health care, many are justified by the lack of qualified follow-up due to the limited training of the pharmaceutical professional in the area and / or also the improper management of care oriented to the healthcare team. Cheers.

The pharmacist's profession is changing in Brazil. Therefore, pharmaceutical care stands out as one of the most important actions, promoting primary health promotion. Its initial kick-off took place in the late 1970s, with the aim of developing improvements in the patient's quality of life, prioritizing the efficacy and safety of the adopted drug therapies. This profession stands out as a great ally, especially for patients who fall into the risk group, in which we highlight the monitoring of the pregnant woman's pharmacotherapy, in view of its biological peculiarities and the fact that there are few drugs used by this group. In this perspective, the pharmacy professional acts by providing correct guidance, bringing security to pregnant women, and greater and more concrete pharmaceutical assistance to pregnant women is essential, with the aim of better adhering them to the treatment, so that it provides the rational use of medicines and ensure the health of the mother and fetus.

Keywords: Pregnant. Pharmaceutical attention. Health promotion.

1 INTRODUÇÃO

Segundo conceitos da ANVISA, a atenção farmacêutica é a ação na qual o farmacêutico tem por objetivo trazer benefícios ao paciente, viabilizando a prevenção, detecção e resolução de problemas e promovendo, assim, o uso racional de medicamentos. Essa determinação está prevista no art. 63 da RDC Nº 44, de 17 de agosto de 2008. Portanto, a atuação do farmacêutico se dá por meio de um complexo de boas condutas comportamentais e valores éticos.

Ser farmacêutico, em uma farmácia pública ou privada, nos compete várias regras e cartilhas, o que faz com que seja de suma importância o papel desse profissional para um melhor apoio ao paciente. Dessa maneira, é responsabilidade farmacêutica sempre analisar a farmacoterapia e as prescrições, de modo a impedir que a automedicação seja praticada, uma vez que esses pontos juntos são os principais responsáveis por trazer riscos à saúde do paciente.

A profissão do farmacêutico tem sofrido alterações durante os anos, com suas constantes evoluções, o papel do profissional abrange cada vez mais uma parcela maior da sociedade. Por volta de 1960, professores e estudantes da Universidade de São Francisco, na Califórnia (EUA), idealizaram um movimento chamado "Farmácia Clínica". Dentro da Farmácia Clínica, há uma área chamada "Atenção

Farmacêutica”, que, segundo Hepler e Strand (1990), é apresentada como a parte da prática farmacêutica que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando o atendimento das suas necessidades relacionadas aos medicamentos.

A farmácia clínica e/ou a atenção farmacêutica, portanto, trouxe um novo sentido ao profissional que lida com o paciente/medicamento. Por ser uma atividade que põe o farmacêutico em contato direto com o paciente (muitas vezes, o farmacêutico é o último e até o único profissional da saúde a manter esse contato), a atenção vem se desenvolvendo como o cerne e até mesmo principal desempenho da atividade farmacêutica, a alma da profissão. Essa atividade traz diversas vantagens, como uma maior segurança para o paciente no uso da medicação, além de melhorar a adesão desse ao tratamento, auxiliando-o a ter controle acerca de sua doença e a ter mais participação no seu autocuidado (MENEZES, 2000).

Na sociedade atual, o medicamento tem um papel de destaque por propiciar a manutenção do bem-estar físico e mental do ser humano (COIMBRA, 2004). Os erros relacionados à medicação correspondem a 25% dos problemas relacionados à saúde no mundo (OMS, 2010). Em pesquisa, a OMS apresentou também que mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos (OMS, 2010). Nessa perspectiva, alguns grupos inseridos na sociedade precisam de uma atenção especial, um desses grupos é o das gestantes.

Na gestação, a mulher sofre diversas mudanças fisiológicas e necessidades medicamentosas a fim de promover o desenvolvimento do embrião e a saúde da mulher. As alterações no organismo tendem a ficar mais evidentes, gerando eclosões clínicas que se apresentam normalmente na gravidez com o aparecimento de distúrbios gastrointestinais (náusea, vômito, pirose e refluxo gastresofágico), alteração da resistência imunológica (infecções), alterações vasculares (dores, inchaço, hipertensão) e desregulação hormonal (diabetes), (SILVA, 2013).

Pesquisas apontam que 50 e 70% das gestantes entre o primeiro e segundo trimestre apresentam esses sintomas. No terceiro e último trimestre de gestação se tornam mais intensas as alterações emocionais e, ao término do trimestre, são intensos os movimentos do feto, as dores lombares, o aumento da frequência urinária, as câibras, a constipação, os edemas e as varizes se tornam recorrentes (MACEDO., et al 2016).

Essas alterações exigem cuidados, por isso a importância de um pré-natal no qual são realizadas consultas e avaliações de rotina a gestante, averiguando, assim, as necessidades da paciente e colocando em exercício uma equipe com base na interdisciplinaridade, associando a redução de riscos à saúde e a melhor escolha terapêutica à gestante (BRASIL, 2005).

A orientação farmacêutica tem um grande papel na interdisciplinaridade, garantindo a segurança em relação ao potencial teratogênico do uso de medicamentos e fornecendo educação à gestante no tratamento prescrito (BURKEY, HOLMES, 2013). Ademais, atua criando estratégias para a redução dos erros correlacionados ao uso de medicamentos e na criação de atividades de requalificação da equipe médica em temas atuais relacionados à procedimentos de tratamento destinados a esse grupo.

A fatalidade ocorrida em relação à talidomida, por volta do ano de 1960, ocasionou várias reflexões acerca da ocorrência de efeitos adversos de medicamentos usados durante a gestação. Com efeito, as percepções dos prescritores, no âmbito da terapêutica medicamentosa na gravidez, ainda oscilam

entre a certeza de que tudo é nocivo e a relativa crença de que tudo é seguro até que se prove o contrário (OSÓRIO DE CASTRO, 2004).

À vista disso, a orientação farmacêutica é um serviço imprescindível na gestação, assegurando que o medicamento seja entregue ao paciente na dose prescrita e quantidade necessária para término do tratamento e, dadas às informações suficientes, melhorar, assim, a adesão ao tratamento, reduzindo riscos e garantindo um uso racional de medicamento, com eficácia e segurança terapêutica à gestante (COHEN; KROUMPOUZOS, 2010).

O uso de medicamentos na gestação representa um desafio para a saúde, uma vez que parte dos fármacos atravessam a barreira placentária e sua pluralidade não foi testada clinicamente em gestantes, podendo vir a ocasionar diversos problemas congênitos ao feto. Ao mesmo tempo, a automedicação, o fenômeno da medicalização e a falta de informação sobre os riscos do mau uso de medicamentos são problemas adicionais (SANTOS et al., 2018). Sendo assim, outro ponto que ratifica a aceitação dos estudos observacionais é o fato de que os dados obtidos, a partir de estudos com animais, não podem ser, inteiramente, alargados para a gravidez humana (ANDRADE et al., 2018).

A necessidade de uma maior e melhor informação sobre os medicamentos às gestantes é um desafio para a qualidade da atenção à saúde dessas pacientes. A atenção farmacêutica oferece ao farmacêutico uma oportunidade inovadora, permitindo-o desempenhar um papel importante na equipe de profissionais da saúde (VIEIRA; LORANDI; BOUSQUAT, 2008).

Portanto, este estudo tem como objetivo fazer uma revisão bibliográfica acerca da “Atenção Farmacêutica” na gestação, com o intuito de trazer mais informações sobre o uso de medicamentos nesse período e acentuar a importância do profissional farmacêutico no acompanhamento da paciente.

O presente estudo se configura como uma revisão bibliográfica, na qual foram utilizados referenciais de bases de dados exploratórios em repositórios como: SciELO, PubMed BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), Ministério da saúde e ANVISA. Foram utilizados como descritores e palavras-chave da pesquisa: gravidez, orientação farmacêutica e atenção farmacêutica. Para circunscrever a amostra de artigos, foram empregados artigos em língua portuguesa e inglesa, dispondo de textos entre o período de 2000 a 2020, a fim de elaborar uma revisão bibliográfica voltada ao tema de orientação farmacêutica destinada ao grupo de gestantes, tendo como critérios de inclusão o tema abordado de forma clara e coesa, e de exclusão os artigos que estão fora das datas selecionadas previamente.

2 DESENVOLVIMENTO

A gravidez é uma condição essencial para sobrevivência da vida humana, sendo fundamental à renovação geracional, representando o período de formação de um novo ser (AHMA, 2012). Essa fase da vida da mulher é um período que se estende por cerca de 40 semanas, sendo divididas em trimestres, com cerca de 13 semanas cada, com diversas alterações por estímulos hormonais que vão sendo desenvolvidas ao longo das semanas (FERREIRA, 2016).

Pesquisas desenvolvidas sobre o assunto indicam que as alterações fisiológicas que acometem a grávida determinam o aumento de necessidades

nutricionais. Em destaque entre os macronutrientes há o aumento da necessidade proteica, que difere a cada trimestre o seu valor adicional na alimentação. No entanto, há o aumento de algumas vitaminas e minerais que são suplementadas de acordo com sua faixa etária, segundo EAR (Necessidade média estimada), IA (ingestão adequada) ou RDA (prescrição dietética recomendada) e tendo como limite para toxicidade a UL (limite superior) (BLUMFIELD *et al.*, 2013).

Segundo o caderno de Atenção Básica ao Pré-Natal (2012), é uma conduta geral que se aplique a todas as grávidas a prescrição de sulfato ferroso (40mg/dia) e ácido fólico (5mg/dia), ambos importantes, respectivamente, para a produção de hemácias, com função de suprir o transporte de oxigênio para todas as células, e crucial no processo do fechamento dos tubos neurais do feto fazendo com que seja reduzido o risco de deficiências no seu cérebro. Já na síntese entre os estudos realizada por Blumfield et al (2013), os micronutrientes mais presentes são, além desses, o zinco (9mg/dia) e a vitamina A (770 µg/dia), importante para a expressão gênica e ação antioxidantes, contribuindo para a maturação, diferenciação celular e desenvolvimento da visão, respectivamente.

Apesar disto, Linhares et al (2017) em seu estudo evidenciou que gestantes, em sua maioria com vulnerabilidade socioeconômica, apresentam suplementação inadequada ou ausente de ácido fólico, um adendo emergente importante para a orientação da suplementação correta, com finalidade de proporcionar maior segurança ao longo da gestação e no desenvolvimento do feto.

Em contrapartida, a revisão realizada por Silva et al. (2018) revela que a suplementação de ferro de forma supérflua às gestantes pode acarretar danos prejudiciais maiores do que propriamente benefícios. Um exemplo disso é como a hemoconcentração em mulheres com altas taxas de hemoglobina pode originar um grande risco a saúde da mãe e do feto. Dessa maneira, o uso individual deve ser de acordo com cada paciente em sua necessidade fisiológica, levando em consideração seus fatores intrínsecos e extrínsecos, a frequência recomendada e os efeitos colaterais.

Tudo isso acontece através da placenta, que é um órgão efêmero materno-fetal que possibilita a transferência limitada de metabólitos e drogas por meio de áreas de transmissão específicas. Ela interfere na implantação do embrião, indica a interface para nutrição e trocas gasosas entre circulação materna e fetal e começa o reconhecimento materno da gestação, modificando o envolvimento imune local e as funções cardiovasculares e metabólicas maternas, por meio de produção de hormônios parácrinos e endócrinos (BROLIO *et al.*, 2010)

As alterações fisiológicas do corpo da gestante geram manifestações clínicas próprias da gravidez, como distúrbios gastrointestinais (náusea, vômito e refluxo gastresofágico), alterações da resistência imunológica (infecções), alterações vasculares (dores, inchaço, hipertensão) e desregulação hormonal. Sendo assim, com o início das alterações fisiológicas, poderão desencadear doenças como a diabetes mellitus gestacional (DGM) e a hipertensão arterial gestacional (HAG) (SILVA, 2013).

Segundo os estudos de Burkey e Holmes (2013), houve o indicativo que a velocidade de absorção de medicamentos é alterada em mulheres grávidas e lactantes. A motilidade intestinal é diminuída e o tempo de esvaziamento gástrico aumentado, alterando, dessa forma, a absorção, verifica-se um aumento no volume sanguíneo materno e uma diminuição da ligação da proteína do plasma; tendo, por

sua vez, uma alteração na distribuição, podendo também comprometer-se o metabolismo devido ao nível reduzido de albumina, e a excreção (a taxa de filtração glomerular é aumentada e por fim um aumento do fluxo do sangue renal) (BOSKOVIC; KOREN, 2009). Tais ocorrências são desenvolvidas entre a 6^a e a 30^a semana de gestação, sendo decorrente do aumento entre 30 a 50% do volume plasmático, do débito cardíaco e da filtração glomerular do organismo da mulher grávida (SACHDEVA; PATEL, 2009). O influxo de cada alteração fisiológica sucedida nos diferentes sistemas corporais possui direta relação com manifestações clínicas próprias da gestação (HENDERSON, 2011).

Segundo Valadares Neto (2000), os distúrbios hipertensivos na gestação são colocados como a terceira causa de morte no mundo. Essa causa de morbidade materna e fetal é mais comum em países em desenvolvimento, o que expõe grandes desigualdades nas condições políticas, econômicas e sociais entre os países, primordialmente na atenção à saúde da mulher (OMS, 2009).

O Distúrbio Hipertensivo Gestacional está associado à própria alteração fisiológica da gestante, principalmente aquelas que estão em sua primeira gestação. A doença hipertensiva pode ser classificada em cinco principais tipos: hipertensão arterial gestacional (HG); pré-eclâmpsia (PE); eclampsia (E); pré-eclâmpsia superposta à hipertensão sistêmica crônica (HSC) e hipertensão crônica (HC) (MANCIA, 2007). Esse distúrbio é determinado pelo aparecimento da hipertensão arterial depois da 20^a semana gestacional, sem a proteinúria, tendo a possibilidade de se normalizar depois do parto, caso haja o aparecimento de hipertensão com edema e proteinúria (> 300 mg/24h) e é classificado como pré-eclâmpsia, podendo evoluir para eclampsia. Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão, a alta da pressão arterial sistêmica crônica é caracterizada pela hipertensão registrada anteriormente a 20^a semana do período gestacional ou que é prolongada até 12^a após o parto.

Medicamentos anti-hipertensivos utilizados na gravidez em primeira linha abrange a metildopa, labetalol e nifedipina (YODER *et al.*, 2009). A metildopa é uma pró-droga transformada a α -metilnorepinefrina, que sucede a norepinefrina nas vesículas neuro secretoras dos nervos adrenérgicos terminais. Gradualmente é feito o controle da pressão, em cerca de 6 a 8 horas, devido ao seu mecanismo indireto de ação (UMANS *et al.*, 2009). O Labetalol, é um medicamento com atuação alfa e betabloqueadoras, podendo ser usado inicialmente de 20 mg e repetido em 20 minutos, se necessário aumentando assim a sua concentração no sangue, promovendo o efeito necessário na gestante, onde seu pico de efetividade é rápido e seu efeito dura até 6 horas. A ausência de taquicardia reflexa e baixo risco de hipotensão, o labetalol é uma boa alternativa para pacientes com infarto agudo do miocárdio e insuficiência cardíaca congestiva (ALEXANDER; WILSON, 2013). A Nifedipina é um bloqueador do canal de cálcio, distribuída em sua forma de liberação lenta, também é uma boa opção, embora seja contra-indicada a forma tradicional de liberação rápida, seja ela via oral ou sublingual, tendo conhecimento do seu grande potencial de promover a hipotensão grave, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico (UMANS *et al.*, 2009). A hidralazina por sua vez é um anti-hipertensivo simpaticolítico e vasodilatador arterial, apesar de atravessar a placenta, não foi relatado defeitos fetais quando utilizado no primeiro trimestre, podendo ser associada à metildopa ou com os β -bloqueadores, sendo utilizada com frequência como agente de segunda linha (UMANS *et al.*, 2007).

Faz-se necessário ficar atento aos níveis tensionais, principalmente de gestantes que têm o diagnóstico de pré-eclâmpsia, para que rapidamente seja identificado a crise hipertensiva e que seja dado início a melhor terapêutica medicamentosa adotada, prevenindo assim diversas complicações (ALEXANDER; WILSON, 2013).

Outro distúrbio bastante frequente em gestantes é a diabetes mellitus gestacional (DMG), sendo a complicação médica mais habitual durante o período gestacional no Brasil, com uma taxa de 2,4% a 7,2%, por isso vale ressaltar a relevância de estudos sobre o tema em questão (SBEM, 2008). Sendo ela um tipo de alteração metabólica que se caracteriza por ser uma intolerância a carboidratos, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, pode ou não persistir após o parto (SBD, 2015). À nível nacional, o Ministério da Saúde (MS) e a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) estimulam o rastreamento dessa doença a partir da 20ª semana de gestação (DODE et al., 2009).

Sua fisiopatologia é compreendida pelo aumento de hormônios contrarreguladores da insulina, pelo estresse fisiológico tido pela gravidez e a fatores predeterminantes (genéticos ou ambientais). O fundamental hormônio correlacionado com a resistência à insulina no período da gravidez é o hormônio lactogênico placentário, no entanto, sabe-se hoje que alguns outros hormônios hiperglicemiantes como cortisol, estrógeno, progesterona e prolactina também estão envolvidos (SBEM, 2008). A hiperglicemia materna carrega consequências para o feto (hiperglicemia e hiperinsulinêmica) possibilitando a macrossomia (neonato com peso de nascimento superior a 4.000g - 4.500g), crescimento fetal alterado, distúrbios respiratórios, policitemia, entre outros fatores. As complicações tendem a se agravar devido ao descontrole insulinêmico (HOME et al., 2009,).

O diagnóstico precoce e o tratamento da diabetes gestacional pretendem diminuir a morbimortalidade materna e fetal, melhorando também a qualidade de vida materna pós-natal. À semelhança do que é feito para os outros tipos de diabetes, o tratamento do diabetes gestacional engloba uma dieta característica e prática de atividade física e, quando apropriado, o uso de medicação. A prescrição de dieta e de atividade física integra-se na etapa inicial, sendo feita por seus respectivos profissionais habilitados e, caso os objetivos glicêmicos recomendados não forem atingidos em duas semanas, o tratamento farmacológico é instituído. O tratamento usual para o diabetes gestacional é a insulino-terapia subcutânea. Contudo, o uso de insulina é complexo, de custo alto e de baixa aceitação pelas pacientes, podendo, adicionalmente, provocar ganho indesejado de peso. Como alternativa terapêutica, medicações orais mostraram-se, atualmente, de efetividade semelhante à da insulina no tratamento do diabetes gestacional (WEINERT et al., 2011).

As orientações, tanto nacionais como também as internacionais discordam sobre o tratamento medicamentoso do diabetes gestacional. A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda a administração de insulina como tratamento padrão, ao mesmo tempo que o National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) sugere a administração de metformina e a International Diabetes Federation (IDF) indica a metformina e a glibenclamida como possibilidade de tratamento, principalmente em situações em que o uso de insulina é mais difícil.

Dentre as opções para serem empregadas a partir do segundo trimestre de gestação, é a glibenclamida que é da classe das sulfonilureias (WEINERT et al.,

2011). Essa terapêutica deverá ser adotada com precaução em situações específicas, como exemplo, mulheres que não atingiu o controle da glicemia com a metformina e se recusam a prática da insulino terapia, em que se faz necessário uma avaliação, pois a glibenclamida tem como seu principal efeito adverso a hipoglicemia materna (WAHL et al.; 2019).

Na diabetes gestacional, a administração da metformina demonstra uma eficácia e segurança equivalentes às da insulina nos desfechos da gestação. No controle glicêmico, a suplementação com insulina pode ser vantajosa em praticamente metade das gestantes e é frequentemente necessária em mulheres obesas e com hiperglicemia de jejum. Essa terapêutica medicamentosa é mais comumente utilizada em gestantes com faixa etária de 18 a 45 anos com período gestacional entre 20 a 33 semanas e glicemia de jejum <140 mg/dL. O fármaco é bem aceito na gestação e é pouco frequente a necessidade de redução da dose (8,8% das gestantes) ou a suspensão da medicação (1,9%) por efeitos adversos (ROWAN et al., 2008).

A insulino terapia é o tratamento exemplar do diabetes gestacional em razão da comprovada eficácia e segurança. A terapêutica com insulina é instaurado nas gestantes que não atingem os objetivos de controle glicêmico com dieta ou revelam falhas do tratamento com medicação oral ou exibem causas preditores de falha com esses, como glicemia de jejum > 140 mg/dL ou glicemia de 2h > 200 mg/dL no TTG 75 g. As insulinas humanas (NPH e regular) são propostas por serem menos imunogênicas, além de terem eficácia e segurança comprovadas (METZGER et al., 2007). Dado o pontapé inicial de tratamento com adequação alimentar e exercícios físicos, e sobretudo após o início da terapia medicamentosa, tem de ser executado o acompanhamento da glicemia capilar para comprovar a correspondência do tratamento (WEINERT, et al., 2011).

Em estudos comparativos da Sociedade Brasileira de Diabetes, em 2009, e o instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica, diabetes em gravidez, mulheres com diabetes gestacional provavelmente não terão necessidade de antidiabéticos orais ou insulina após o parto, em contrapartida, antes da alta hospitalar deve ser medida a sua glicemia, proporcionando assim segurança a mulher e ao neonato. Por diversos fatores, gravidez é apontada como uma condição de alto risco quando associada ao uso de medicamentos, na qual se faz necessário principalmente nessa etapa da vida ser avaliado com prudência, levando em conta a segurança da gestante e do feto em desenvolvimento, em razão de estar associado a prematuridade, anomalia fetal, aborto e levando até uma morte neonatal (BURKEY; HOMES, 2013).

Segundo Burkey e Holmes (2013), a teratogenicidade tem sido o dano relacionado ao uso de medicamento durante a gestação mais estudado, em que esses efeitos normalmente se desenvolve no rudimento da gestação (entre a 2ª e 8ª semana pós concepção), proporcionando assim uma alteração no amadurecimento e formação de tecidos e órgãos fetais. No entanto, a crescente atenção vem sendo voltada para outros efeitos adversos fetais que parecem ser mais assíduos em comparação aos efeitos teratogênicos causando, na maioria das vezes, resultados clínicos negativos podendo ser confundido com condições do neonatal ou resultantes de alguma variabilidade ou problema de saúde envolvendo a gestante, sendo exemplos de outros efeitos adversos fetais o aparecimento de alterações no metabolismo de glicose e de distúrbios eletrolíticos.

Com tantas particularidades, se faz necessário uma atenção maior tanto a gestante quanto ao neonato. De acordo com Paim (2011), a criação do conceito de atenção à saúde ganhou, na reforma sanitária e constituição federal de 1988, as definições de universalidade, integralidade, equidade, descentralização, regionalização e de participação social no aparecimento do SUS. Segundo o Ministério da Saúde (2014), foi constatado que a partir dessa proposta esboçou-se uma perspectiva de um modelo obstétrico novo, mais humanista, com ações que permitisse a integralidade da saúde da mulher e dos neonatais.

Seguindo a cartilha publicada pelo Ministério da Saúde (2004), foi dado enfoque a redução da mortalidade infantil e materna a partir da elaboração do pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, na qual a assistência pré-natal é fundamentada em acolher a mulher do início ao fim da gestação, proporcionando assim a garantia do bem-estar materno e do recém-nascido com a detecção e a mediação precoce das situações de risco (BRASIL, 2012).

Visto isso, o Ministério da Saúde elaborou um cronograma em que a responsabilidade de aquisição dos medicamentos relacionados à saúde da mulher passasse a ser comandado pelo estado/município, gerando assim uma descentralização. No entanto, apenas em 2007, com a criação do Pacto pela Saúde e Pacto da Vida, que sugerem melhora da qualidade da vida da população em geral, com estratégias voltadas a grupos específicos mais necessitados por atendimento, sendo um deles o grupo das gestantes, que os recursos foram destinados, sendo a assistência farmacêutica uma das seis esferas agregadas pelo programa, dispondo ao farmacêutico o princípio da acessibilidade ao medicamento preconizado pelas diretrizes do SUS (BRASIL, 2013).

A falta de informações sobre o parto, geram um medo nas gestantes na maioria das vezes, bem como os cuidados prestados aos recém-nascido nos primeiros dias de vida, são fatores cruciais para tensão na mulher, influenciando negativamente o processo. Portanto, é de responsabilidade da equipe de saúde acolher a gestante e sua família desde o primeiro contato no pré-natal, cabendo a equipe multidisciplinar trabalhar a mulher como um todo, proporcionando assim, mais segurança (RIOS; VIEIRA, 2007).

Constata-se que na saúde pública existe uma preocupação materno-infantil, logo as gestantes necessitam de um maior amparo, carecendo assim, da concretização da assistência durante esse período e no pré-natal, proporcionando uma implementação correta da assistência, trazendo a minimização de riscos para mãe e para o neonato (PEREIRA et al., 2016).

Segundo a Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004, do Conselho Nacional de Saúde, a atenção farmacêutica é o contato direto do profissional farmacêutico com o paciente. Em que o farmacêutico se encarrega de uma função de suma importância no exercício em saúde, tendo em vista que fica em responsabilidade do mesmo deliberar adversidades relacionadas ao tratamento, dando assistência ao paciente, tratando-o como um todo, visando a obtenção de resultados positivos, voltados a melhoria da qualidade de vida (CARVALHO, 2015).

A assistência farmacêutica se dá por uma sequência, constituída pela seleção, estocagem e a expedição, por fim, a distribuição, com intuito de suprir a necessidade que tem por objetivo a escolha do medicamento mais seguro ao paciente a partir de indicativos farmacológico-clínico. Sua função ainda se desenvolve na assistência à continuação pela programação (proporcionando a

compra de medicamentos a partir da demanda e especificação), posteriormente o armazenamento, indubitavelmente importante (propiciando o recebimento e necessidade de insumos e medicamentos pela Central de Abastecimento Farmacêutico). Ademais, a averiguação farmacêutica compreende a segurança da dispensação da medicação, na dose correta e orientação necessária ao uso, toda essa atenção farmacêutica está incluída no ciclo da assistência farmacêutica. (OLIVEIRA et al, 2007).

O profissional farmacêutico é indispensável no processo de atenção básica, já que ele é o detentor do conhecimento específico dos medicamentos, assegurando a adesão ao tratamento, visto que durante a gestação, irá propiciar a segurança em relação ao potencial teratogênico da terapêutica medicamentosa adotada, fornecendo o conhecimento à gestante no tratamento prescrito (SILVA, 2013). Segundo Bradley (2009), o farmacêutico se mostra como um profissional mais próximo a gestante, em alguns casos a sua primeira fonte de conhecimento sobre o uso de medicamentos.

A assistência farmacêutica, seja no setor público ou privado, precisam fornecer o apoio possível às gestantes, elaborando modelos e práticas socioeducativas, gerando o uso racional de medicamentos (GERMANO et al., 2016) Portanto, é essencial ao farmacêutico atual conhecimento, proatividade e habilidades que possibilite integralizar-se à equipe de saúde, interagindo com o paciente e a comunidade, assistindo a qualidade de vida (CARRILHO; RIBEIRO, 2010).

Por fim, para que todos os benefícios expostos sejam colocados em prática, se faz necessário, segundo Durães-Pereira, Novo e Armond (2007), que a gestante se sinta bem acolhida pelos profissionais de saúde que a atenderão.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dado o exposto, os estudos denotam que dentre todas as dificuldades que cercam o período gestacional, quanto à atenção básica à saúde, muitas se justificam pela ausência de acompanhamento qualificado proveniente da limitada formação do profissional farmacêutico à área e/ou também da indevida gestão de cuidados orientados à equipe de saúde. Diante do aumento da demanda fisiológica e das mudanças, sejam corporais ou psicológicas, a gestante encontra-se vulnerável à riscos mediante a suplementação, a distúrbios hipertensivos e glicêmicos, além de efeitos adversos a medicamentos.

À vista disso, é primordial que haja uma maior e mais concreta assistência farmacêutica às gestantes, a fim de melhor aderi-las ao tratamento, de modo que proporcione o uso racional de medicamentos e assegure a saúde da mãe e do feto, garantindo a eficácia que pretende a farmacoterapia.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, James M; WILSON, Karen L. Hypertensive emergencies of pregnancy: obstetrics and gynecology clinics of North America. **PubMed**. v. 40, n. 1, p. 89-101, 2012.

ANDRADE, Andréia Moreira de et al. Utilização de antiinflamatórios, analgésicos e antipiréticos na gestação: uma revisão narrativa. **Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management**, v. 14, n. 2, p. 87-97, 2018.

AUTRALIA. Department of Health and Ageing. **Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care - Module I**. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2012. Disponível em: https://consultations.health.gov.au/phd-tobacco/clinical-practice-guidelines-antenatal-care-module/supporting_documents/ANC_Guidelines_Mod1FINAL%20D13871243.PDF. Acesso: 16 nov. 2020.

BLUMFIELD, Michelle L. et al. A systematic review and meta-analysis of micronutrient intakes during pregnancy in developed countries. **Nutrition reviews**, v. 71, n. 2, p. 118-132, 2013.

BRADLEY, C.P. The future role of pharmacists in primary care. **Br J Gen Pract.**, v.59, n.569, p.891-892, 2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 -Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

BRASIL; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de Atenção Básica, n. 32, 2012.

BROLIO, M. P. et al. A barreira placentária e sua função de transferência nutricional. **Revista Brasileira de Reprodução Animal**, v. 34, n. 4, p. 222-232, 2010.

BURKEY, Betsy Walters; HOLMES, Amy P. Evaluating medication use in pregnancy and lactation: what every pharmacist should know. **The Journal of Pediatric Pharmacology and Therapeutics**, v. 18, n. 3, p. 247-258, 2013.

CARRILHO, R. F.; RIBEIRO, W. **Implantação do Método Dáder em Atenção Farmacêutica em drogaria no município de Monteiro Lobato - SP XIV INIC / X EPG**. Universidade do Vale do Paraíba – UNIVAP, 2010. Disponível em: http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0098_0204_01.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

CARVALHO, Clebner Inácio de. Infecção do trato urinário associado a gestantes e o papel do profissional farmacêutico no tratamento farmacoterapêutico. **FACIDER-Revista Científica**, v. 1, n. 10, p. 65-73, 2017.

CHACRA, Antonio Roberto. Consenso da Sociedade Brasileira de Diabetes sobre o diagnóstico e classificação do Diabetes Mellito e tratamento do diabetes tipo 2. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 47, n. 1, p. 14-15, 2001.

COIMBRA, Jorseli Angela Henriques. **Conhecimento dos conceitos de erros de medicação, entre auxiliares de enfermagem como fator de segurança do**

paciente na terapêutica medicamentosa. Orientador: Silvia Helena de Bortoli. 2004. 247f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Coordenação técnica: Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e Instituto Materno. Prof. Fernando Figueira, IMIP. – Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

DIRETRIZES S. B. D. **Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação.** 2014, p. 192-197. Disponível em:<https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional-pg192.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2020.

DODE, Maria Alice Souza de Oliveira; SANTOS, Iná da Silva dos. Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional na coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 1141-1152, 2009.

DURÃES-PEREIRA, Maria Beatriz Benedita Boldrin; NOVO, Neil Ferreira; ARMOND, Jane de Eston. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 465-476, 2007.

FERREIRA, Marcela Flávia de Souza. **Parto normal: ações de enfermagem para uma assistência humanizada.** 2016. 115f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, Vitória, 2016.

GERMANO, Maria da Conceição Matos et al. Gestantes com eclâmpsia no sertão cearense: Terapia medicamentosa e o uso racional. **Mostra Científica da Farmácia**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <http://publicacoesacademicas.unicatolicaquixada.edu.br/index.php/mostracientificafarmacia/article/view/1239/1006>. Acesso em: 16 nov. 2020.

HENDERSON, Emma; MACKILLOP, Lucy. Prescribing in pregnancy and during breast feeding: using principles in clinical practice. **Postgraduate medical journal**, v. 87, n. 1027, p. 349-354, 2011.

HEPLER, Charles D .; STRAND, Linda M. Oportunidades e responsabilidades em assistência farmacêutica. **American Journal of Hospital Pharmacy** , v. 47, n. 3, p. 533-543,1990.

IDF CLINICAL GUIDELINES TASK FORCE. Global Guideline on Pregnancy and Diabetes. **Brussels: International Diabetes Federation**, 2009.

LINHARES, Angélica Ozório; CESAR, Juraci Almeida. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 535-542, 2017.

MACEDO, Amanda de Andrade et al. **Estudo comparativo sobre a qualidade de vida em gestantes**. 2016. 66 f. TCC (Graduação) - Curso de Fisioterapia, Centro Universitário Católico Salesiano Auxilium, Lins, 2016.

MANCIA, Giuseppe et al. Diretrizes de 2007 para o manejo da hipertensão arterial: Grupo de Trabalho para o Manejo da Hipertensão Arterial da Sociedade Europeia de Hipertensão (ESH) e da Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC). **Jornal europeu do coração**, v. 28, n. 12, p. 1462-1536, 2007.

MENEZES, Elber Barboza Bezerra de. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras**, v. 22, p. 28, 2000.

METZGER, Boyd E. et al. Summary and recommendations of the fifth international workshop-conference on gestational diabetes mellitus. **Diabetes care**, v. 30, n. Supplement 2, p. S251-S260, 2007.

OLIVEIRA, Maria Auxiliadora; BERMUDEZ, Jorge Antonio Zepeda; OSÓRIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa. **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Medicines: rational use of medicines**. Fact sheet n° 338. May 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE et al. **Estatísticas da saúde mundial de 2009**. Organização Mundial da Saúde, 2009.

OSORIO-DE-CASTRO, Claudia Garcia Serpa; PAUMGARTTEN, Francisco José Roma; SILVER, Lynn Dee. O uso de medicamentos na gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 4, p. 987-996, 2004.

PAIM, Jairnilson Silva et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: https://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf. Acesso em: 16 nov. 2020.

PEREIRA, Jair Souza et al. Conhecimento farmacêutico na dispensação de medicamentos para gestantes em um município baiano. **Revista Saúde e Desenvolvimento**, v. 8, n. 4, p. 104-117, 2016.

RESOLUÇÃO, C. N. S. n° 338, de 6 de maio de 2004. **Aprova a Política de Assistência Farmacêutica**. **Diário Oficial da União**, v. 6, 2004.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 477-486, 2007.

ROWAN, Janet A. et al. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. **New England Journal of Medicine**, v. 358, n. 19, p. 2003-2015, 2008.

SACHDEVA, Punam; PATEL, B. G.; PATEL, B. K. Drug use in pregnancy; a point to ponder! **Indian journal of pharmaceutical sciences**, v. 71, n. 1, p. 1, 2009.

SANTOS, S. L. F. et al. **Automedicação em Gestantes de Alto Risco: Foco em Atenção Farmacêutica**. *Journal of Health Science*, v. 20, n. 1, p. 50-54, 2018.

SILVA, C. F. et al. Suplementação de sulfato ferroso na gestação e anemia gestacional: uma revisão da literatura. **Arquivo Catarinense de Medicina**, v. 47, n. 1, p. 198-206, 2018.

SILVA, Naiana Fernandes. **Atenção Farmacêutica em gestantes**. 2013. 93 f. TCC (Graduação) - Curso de Farmácia, Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Araraquara, 2013.

SINCLAIR, Susan M. et al. Medication safety during pregnancy: improving evidence-based practice. **Journal of Midwifery & Women's Health**, v. 61, n. 1, p. 52-67, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA et al. Diabetes mellitus gestacional. **Rev. Assoc. Med. Bras.(1992)**, p. 477-480, 2008.

TREBIEN, H. A. et al. **Medicamentos: benefícios e riscos com ênfase na automedicação**. Curitiba. Color, v. 20, p. 3-3, 2011.

Umans JG, Abalos EJ, Lindheimer MD. Antihypertensive treatment. In: lindheimer MD, Roberts JM, G. CF (Org.). **Chesley's Hypertensive Disorders in Pregnancy**. 3rd ed. New York: 2009, p. 369.

UMANS, Jason G. Medications during pregnancy: antihypertensives and immunosuppressives. **Advances in chronic kidney disease**, v. 14, n. 2, p. 191-198, 2007.

VALADARES NETO, João de Deus et al. Tratamento da eclâmpsia: estudo comparativo entre o sulfato de magnésio e a fenitoína. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 22, n. 9, p. 543-549, 2000.

VIEIRA, Marlene Rosimar da Silva; LORANDI, Paulo Angelo; BOUSQUAT, Aylene. Avaliação da assistência farmacêutica à gestante na rede básica de saúde do Município de Praia Grande, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1419-1428, 2008.

VIELLAS, Elaine Fernandes et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014.

WEINERT, Letícia Schwerz et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arquivos Brasileiros de endocrinologia & metabologia**, v. 55, n. 7, p. 435-445, 2011.

WHAL, Alexandre et al. **Telessaúde**. RS/UFRGS: 2019. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/team_medicina/alexandre-wahl-hennigen/. Acesso em: 16 nov. 2020.

YODER, Scott R.; THORNBURG, Lorelei L.; BISOGNANO, John D. Hypertension in pregnancy and women of childbearing age. **The American journal of medicine**, v. 122, n. 10, p. 890-895, 2009.