

## REPRESENTAÇÕES SOBRE O USO DE MEDICAMENTOS EM GESTANTES ASSISTIDAS NA REDE BÁSICA DE SAÚDE

### REPRESENTATIONS OF DRUG UTILIZATION BY PREGNANT WOMEN AT PRIMARY HEALTH CARE

### REPRESENTACIONES RELATIVAS AL USO DE MEDICAMENTOS EN GESTANTES ASISTIDAS EN LA RED BÁSICA DE SALUD BÁSICA

Viviane de Campos<sup>I</sup>  
Rogério Dias Renovato<sup>II</sup>  
Leticia Castellani Duarte<sup>III</sup>  
Lourdes Missio<sup>IV</sup>

**RESUMO:** O uso de medicamentos na gestação requer atenção especial, pois, dependendo do seu emprego, o efeito pode ser deletério para o feto. Assim, o objetivo foi conhecer e compreender as representações sobre o uso de medicamentos em 11 gestantes de baixo risco assistidas na atenção básica em saúde de município de Dourados-MS. Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, realizada em 2010, que se utilizou da entrevista-narrativa, e cujo aporte teórico foram as concepções de representação de Stuart Hall. As representações de medo e responsabilidade evidenciadas parecem ancoradas no sentido de proteção ao feto, levando à autorregulação de suas ações. Os significados negativos dos medicamentos foram reforçados, levando ao cumprimento mais criterioso das prescrições medicamentosas e ao abandono da automedicação, incluindo o uso de chás e de plantas medicinais.

**Palavras-chave:** Gravidez; uso de medicamentos; cuidado pré-natal; automedicação.

**ABSTRACT:** Drug utilization during pregnancy requires special attention because of possible deleterious effects to the fetus. The objective of the study (2010) was to assess, via narrative-interview, representations of drug utilization by 11 (eleven) low risk pregnant women assisted in primary health care at Dourados, MS, Brazil. Qualitative, descriptive, and exploratory research, on the basis of Stuart Hall's theoretical framework of representations. Representations of fear and of responsibility identified seem anchored in fetus protection, leading to self-regulation of women's actions. Negative meanings of medicine have been enhanced, leading to compliance with the most judicious use of drug prescriptions and to discontinuation of self-medication practices, including the use of teas and herbal.

**Keywords:** Pregnancy; drug utilization; prenatal care; self-medication.

**RESUMEN:** El uso de medicamentos durante el embarazo quiere una atención especial, ya que dependiendo del efecto de su uso puede ser perjudicial para el feto. El objetivo fue conocer y comprender las representaciones sobre el uso de medicamentos en 11 gestantes de bajo riesgo en la asistencia primaria de salud de Dourados, MS-Brasil. Investigación cualitativa, descriptiva y exploratoria, realizada en 2010, que utilizó la entrevista narrativa, y cuyo aporte teórico fueron las concepciones de representación de Stuart Hall. Las representaciones de miedo y responsabilidad evidenciadas parecen ancladas en el fin de proteger al feto, lo que lleva a la autorregulación de sus acciones. Los significados negativos de los medicamentos se han incrementado, lo que lleva al cumplimiento de un uso más racional de los medicamentos y al abandono de la automedicación, incluyendo el uso de infusiones y de hierbas medicinales.

**Palabras clave:** Embarazo; utilización de medicamentos; atención prenatal; automedicación.

## INTRODUÇÃO

Na atualidade, as práticas terapêuticas em saúde se configuram quase na totalidade de terapias medicamentosas, cuja utilização de fármacos tem o propósito de manter a saúde em equilíbrio promovendo a cura, aliviando sintomas e prevenindo doenças. Quando se trata de gestação a utilização de terapias

medicamentosas exige cautela por se tratar de um período de vulnerabilidade em que os parâmetros fisiológicos e atividades enzimáticas sofrem alterações<sup>1</sup>.

A talidomida foi um marco para o desenvolvimento *in útero*. Antes desse evento que ocorreu por volta de 1960 predominava o conceito de que o de-

<sup>I</sup>Graduação em Enfermagem. Curso de Enfermagem, Unidade Universitária de Dourados. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: enfervivi@hotmail.com.

<sup>II</sup>Farmacêutico. Doutor em Educação. Docente do Curso de Enfermagem, Unidade Universitária de Dourados. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: rrenovato@uol.com.br.

<sup>III</sup>Farmacêutica. Mestre em Ciências da Saúde. Docente do Curso de Farmácia. Centro Universitário da Grande Dourados. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: farmácia@unigran.br.

<sup>IV</sup>Enfermeira. Doutora em Educação. Docente do Curso de Enfermagem, Unidade Universitária de Dourados. Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul. Dourados, Mato Grosso do Sul, Brasil. E-mail: lourdesmissio@uemss.br.

envolvimento intrauterino de mamíferos estaria protegido de efeitos embriotóxicos de agentes ambientais<sup>2,3</sup>. Nessa perspectiva, a segurança dos fármacos passou a ser discutida, porém as informações obtidas se devem aos estudos pré-clínicos e exposições acidentais durante a gravidez, assim garantir a segurança dos medicamentos torna-se difícil<sup>4</sup>.

Sabendo-se que os fármacos denotam potencial teratogênico e a administração de medicamentos em mulheres em idade fértil pode ser necessária, o emprego de medicamentos requer precauções. Como no caso da isotretinoína, empregado no tratamento da acne grave, contraindicado na gestação, lactação ou em mulheres com idade fértil por se tratar de um teratogênio relevante, o que exige medidas contraceptivas efetivas ao ser utilizado nesse grupo de mulheres<sup>4</sup>.

Entre os fármacos que implicam em riscos podem ser citados a lamotrigina, o valproato de sódio e a paroxetina, que atuam no tratamento da epilepsia e da depressão respectivamente. Estes estão associados ao aumento da incidência de malformação fetal, principalmente quando utilizados no primeiro trimestre gestacional, quando comparados com descendentes de mães que não utilizaram tais medicamentos<sup>5-7</sup>.

Outra prática terapêutica que requer atenção trata do emprego de plantas medicinais em substituição ou uso concomitante à terapêutica com medicamentos sintéticos. No entanto, essa prática ainda não está totalmente elucidada quando utilizada em gestantes. Estes riscos podem estar relacionados à infinidade de princípios ativos vegetais abortivos ou teratogênicos como é o caso da arruda e do boldo<sup>8</sup>.

Em relação ao uso de medicamentos verificou-se que 94,6% das gestantes utilizaram pelo menos um medicamento durante a gestação, destes 88,8% seguindo prescrição e 11,2% foram através da automedicação. Apenas 27,7% das gestantes foram informadas quanto aos riscos, e os medicamentos mais utilizados foram os antianêmicos, analgésicos e antiespasmódicos<sup>9</sup>.

Durante toda a gestação além da formação do bebê ocorre o desenvolvimento da maternidade, momento no qual a mulher sofre transformações biopsicossociais e são essas mudanças que influenciarão na construção do sentido de ser mãe<sup>10</sup>.

Diante da fragilidade do processo gestacional e constituição da maternidade, como também em decorrência das inúmeras transformações enfrentadas pelo binômio mãe-filho, propomo-nos conhecer e compreender as representações sobre o uso de medicamentos em gestantes de baixo risco assistidas na rede básica de saúde.

## REVISÃO DE LITERATURA

O período gestacional pode ser dividido em três trimestres, cada um com suas peculiaridades. O primeiro é o

mais delicado por compreender o desenvolvimento embrionário até o início fetal, ocorrendo a formação de todos os principais órgãos e sistemas. No segundo trimestre, o feto cresce o suficiente em tamanho para tornar-se possível a visualização na ultrassonografia. Nesse momento já é possível identificar anomalias. Já o último trimestre, marcado pela maturação dos órgãos e pelo ganho de peso, o bebê está pronto para o parto<sup>11</sup>. Assim, quanto mais imaturo for o concepto, quanto mais crítico for o período de desenvolvimento maior será a gravidade dos efeitos sobre a formação intrauterina ao relacionar a ação teratogênica com o estágio de desenvolvimento embrionário<sup>11</sup>.

Sabendo-se que este período requer grandes cuidados, faz-se necessário citar o fatídico acontecimento envolvendo o uso de medicação na gestação, que ocorreu entre 1950 e 1960 relacionada ao desastre da talidomida. Esse medicamento ao ser lançado no mercado trouxe a promessa de ser um sedativo-hipnótico, com poucos efeitos colaterais, e ainda antiemético, desse modo passou a ser amplamente utilizado, inclusive pelas gestantes. No entanto, tratava-se de um medicamento teratogênico, efeito até então desconhecido<sup>12</sup>. Assim as pesquisas envolvendo a segurança dos fármacos utilizados na gestação aumentaram, e o conceito de que a placenta exercia função de barreira, impedindo a entrada de agentes externos se desconsiderou.

Devido aos riscos pela exposição inadvertida de fármacos em gestantes, os medicamentos receberam uma classificação que possibilitasse ao profissional e à paciente informações sobre a segurança ao optar por determinados fármacos. Essa classificação foi definida pela *US Food and Drug Administration* (FDA) fundamentado no risco de teratogenia<sup>4</sup>.

Na categoria A, estão os fármacos com reduzida possibilidade de dano fetal, dos quais os estudos em gestantes não apresentaram riscos. Na categoria B, estão os que não apresentaram riscos em estudos com animais ou gestantes. Na categoria C não apresentaram risco ou não existem estudos em grávidas, todavia os medicamentos incluídos nesta categoria devem ser utilizados quando os benefícios justificarem o risco potencial para o feto. Os fármacos da categoria D são aqueles em que há risco fetal, portanto deve-se optar pelo uso destes quando os fármacos nas categorias anteriores apresentarem ineficiência pondo em perigo a vida da gestante. Na categoria X, esses medicamentos estão contraindicados para gestantes ou mulheres em idade fértil por existir risco definitivo de teratogenicidade. Também existe a categoria NR para os *sem classificação*<sup>4</sup>.

O uso de fármacos elencados na categoria D e X por grávidas apresentaram a prevalência de 1,1% a 3,9% respectivamente. Já o uso de medicamentos *sem classificação* chega a 79%. Esse dado pode representar riscos à usuária, por não se conhecer os efeitos sobre o concepto<sup>13</sup>.

## METODOLOGIA

Tratou-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória. Esta pesquisa ocorreu no município de Dourados, localizado ao sul do estado de Mato Grosso do Sul, com população aproximada de 196.035 habitantes<sup>14</sup>. Os sujeitos da pesquisa foram gestantes cadastradas em duas equipes Estratégias de Saúde da Família (ESF), que compreendem as equipes 14 e 40, pertencentes às unidades do Cuiabazinho e Vila Hilda, atendendo 1025 e 915 famílias, sendo 33 e 20 gestantes cadastradas, no período de agosto a novembro de 2010. Foram entrevistadas 17 gestantes com pré-natal de baixo risco, com idade entre 21 e 35 anos assistidas pela ESF, utilizando no mínimo um medicamento, porém foram incluídas apenas 11 entrevistas para a análise. Os motivos da não inclusão foram: impossibilidade de segunda entrevista para averiguar informações incompletas.

Para a coleta dos dados foi realizada a entrevista-narrativa, uma técnica de pesquisa empregada no âmbito da metodologia da pesquisa social em saúde como forma de obter acesso aos sentidos atribuídos e à experiência dos indivíduos e de seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana, com enfoque no fenômeno do uso de medicamentos<sup>15,16</sup>. As gestantes também foram caracterizadas quanto à idade, escolaridade, profissão, estado civil, número de gestações, idade gestacional e medicamentos utilizados.

As entrevistas foram gravadas e transcritas, após a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelas participantes. Cada gestante recebeu um código, como G1, G2, G3..., a fim de garantir seu anonimato. Para a definição das categorias de análise, aproximou-se do referencial teórico foucaultiano, em que os textos narrados não são apenas conjuntos de signos, mas sim práticas que formam criteriosamente os objetos de que falam<sup>17</sup>.

O aporte teórico condutor da análise das categorias encontradas foram as representações de Stuart Hall. As representações compreendem os significados do conjunto de práticas transmitidos através da linguagem. Desse modo, o processo da linguagem é a chave para os processos de formação dos significados, em que a cultura pode ser definida como o conjunto de valores e sentidos em um dado momento histórico e singular. Tem-se por representação um esquema para a análise dos significados através da conjugação de diferentes instâncias, entre elas a identidade, que determinam a percepção dos valores<sup>18</sup>.

Em conformidade com a Resolução nº 196, do Conselho Nacional de Saúde, o projeto do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul conforme o protocolo nº 1624/2010.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população entrevistada caracterizava-se principalmente por gestantes com idade média de 27 anos, nascidas em Dourados-MS, com ensino médio completo, e ocupação vinculada às atividades do lar. Quanto ao relacionamento, houve predomínio da união estável ao casamento, demonstrando que o parceiro se faz presente durante a gravidez, e houve equilíbrio quanto às idades gestacionais.

As medicações com maior prevalência no estudo foram o ácido fólico e sulfato ferroso utilizados por todas as gestantes. Depois estão as vitaminas 7 (63,6%), paracetamol 5 (45,5%) e brometo de butilescopolamina 5 (45,5%). Esses dados convergem para aqueles encontrados em estudo farmacoepidemiológico em gestantes que relata também o uso de antianêmicos, analgésicos e antiespasmódicos<sup>9</sup>. Em outra pesquisa realizada na atenção básica em saúde na cidade de São Paulo, o sulfato ferroso também foi o mais empregado, seguido do brometo de butilescopolamina e vitaminas<sup>19</sup>.

As análises das entrevistas foram divididas em duas categorias: medo e responsabilidade.

### Medo

Os medicamentos despertam os sentimentos de medo pelas consequências negativas descritas a respeito de vários fármacos contraindicados às gestantes.

[...] só tomo o que o médico indica mesmo, por causa da gestação. Nem todos os remédios uma pessoa gestante pode tomar como as outras que não estão, pois dependendo é perigoso. (G 10, 3º trimestre, secundigesta)

Durante as entrevistas ficou claro que as gestantes têm evitado o consumo de medicamentos pelo medo da malformação. Das entrevistadas apenas uma declarou utilizar medicamento não prescrito, enquanto as demais demonstraram conhecer os riscos de alterações fetais relacionadas à medicação. A relação de poder que a figura do médico exerce sobre a gestante pode ser percebida neste estudo corroborando assim que essa influência permeia as práticas exercidas nesse período pelas gestantes<sup>3</sup>.

Quando ele prescreve, eu tento sempre tomar certinho. O horário que ele manda, da forma que ele manda. Só também o que ele manda nada mais. (G5, 2º trimestre, secundigesta)

Durante a gravidez, até mesmo as medicações que não requerem prescrição, como os medicamentos isentos de prescrição médica, passam a ser consideradas perigosas pelas gestantes, deixando de ser utilizadas. Cabe ressaltar que essa prática que não ocorria no período anterior à gravidez, tornando perceptíveis movimentações das representações sobre o uso de medicamentos, com a incisiva preocupação dos riscos des-

ses artefatos terapêuticos em relação ao feto. Em pesquisa realizada no Canadá, verificou-se que, mesmo com evidências de uso seguro na gravidez, as percepções das mães entrevistadas foi que os medicamentos não são adequados nesse período, e apresentam riscos ao feto, corroborando os achados dessa pesquisa<sup>20</sup>.

Desse modo, o medo se estende inclusive àqueles medicamentos antes considerados de baixo risco. O fato de existir a precaução com relação ao uso de medicamentos parece estar relacionado às informações recebidas durante o atendimento pré-natal. As informações parecem diminuir a incidência da automedicação por se conhecer os riscos relacionados a algumas medicações<sup>21</sup>.

[...] eu tomava Dorflex®. Parei por causa da gravidez mesmo, porque o médico falou que não podia estar tomando medicação, porque poderia atrapalhar na formação do neném [...].(G7, 1º trimestre, secundigesta )

[...] que o pessoal e mesmo o médico diz que pode ser abortivo alguns, tipo Dorflex®, Anador®. Todos esses remédios assim eu não tomo mais [...].(G11, 1º trimestre, primigesta)

Em relação às plantas medicinais, as representações sobre a insegurança encontram-se fundamentadas nas memórias sobre os vegetais outrora utilizados como abortivos. Desse modo, as gestantes demonstraram conhecimento prévio de que as plantas medicinais podem influenciar no desfecho da gestação. E assim evidenciamos que as gestantes entrevistadas parecem não utilizar plantas medicinais nesse período, prática temporariamente abandonada, porém realizada sem percalços antes da gravidez.

[...] na minha gestação eu não tomo nenhum, porque eu tenho medo. Porque qualquer planta se tomar pode fazer mal para o neném. Às vezes é abortivo e eu não sei, mas antes eu tomava [...].(G10, 3º trimestre, secundigesta)

Em decorrência das representações relatadas acima, o uso de plantas medicinais foi descrito com cautela, visto que as gestantes entendem ser esse período bastante delicado e qualquer medicamento, quer considerado natural ou industrializado, pode provocar perturbações na gestação. Logo, esse receio exacerba o lado negativo que os medicamentos possuem, incluindo as plantas medicinais, muitas vezes consideradas isentas de efeitos adversos.

Essa fluidez das representações converge para a construção da maternidade, que é percebida não apenas pelas transformações corporais, mas encontra ressonâncias em outros discursos sobre a maternidade. Discursos que delimitam o que é ser mãe, e assim compõem a posição que essa mulher deve agora exercer. A construção do temor às plantas medicinais parece estar fundamentada no contexto sociocultural

e histórico, visto que na medicina popular alguns chás e ervas foram utilizados com fins abortivos. Essas práticas populares parecem influir na utilização das plantas medicinais nesse momento especial por ressaltar apenas o fato negativo relacionado ao seu uso<sup>8</sup>.

[...] agora não tomo mais por causa da gestação, mas sempre tomava. Prefiro até medicamento assim de plantas medicinais do que remédio da farmácia. (G7, 1º trimestre, secundigesta)

Em suma, o conhecimento tradicional sobre as plantas medicinais demonstra ter influência nas sedimentações das representações, em que a perspectiva de inocuidade das plantas medicinais convive com as memórias de que alguns desses artefatos eram abortivos, e assim o medo de ocasionar danos à criança em formação, promove a descontinuidade de qualquer chá caseiro, o que antes da gestação era utilizado sem qualquer precaução.

## Responsabilidade

A responsabilidade com a vida do outro parece modificar as práticas terapêuticas conforme a percepção da maternidade vai se desenvolvendo. As repercussões na gravidez podem incluir esse componente de compromisso e responsabilidade com o novo ser, agregando uma dimensão mais pesada a essa experiência, desenvolvendo estratégias de controle sobre seu corpo gravídico<sup>22</sup>.

[...] no começo eu fiquei um pouco assustada. Ai meu Deus um filho! Que responsabilidade [...] É uma vida que vai depender da gente [...] Eu não tomo mais nenhum remédio. Por que não pode, sem o médico receitar, então eu não tomo mais nenhum. (G6, 2º trimestre, primigesta)

As falas são contundentes ao demonstrar a mudança de comportamento frente à tomada de medicamento. O limiar de dor e de necessidade são modificados em decorrência da responsabilidade pela vida do outro.

[...] quando tenho dor de cabeça tem que esperar passar normalmente. Não tomo nada [...] Não pode. Se eu pudesse eu tomaria todos, mas eu era quase viciada em remédio. Qualquer dor eu tomava e agora não tem que esperar passar mesmo. (G11, 1º trimestre, primigesta)

O fato de se sentir responsável pela criança provoca a alteração dos padrões de confiabilidade das informações recebidas, em que até mesmo uma prescrição passa a ser questionada pela preocupação com o desenvolvimento normal do seu bebê. Esses achados também foram relatados em estudo realizado com gestantes diabéticas que reportaram existir um sentimento de responsabilidade, que se materializa no contínuo esforço em promover a saúde do filho, passando a ser o seu principal objetivo de vida nesse período<sup>23</sup>.

[...] o médico falou que podia tomar paracetamol quando tivesse dor de cabeça, então eu tomo, mas em último caso só se tiver doendo muito mesmo [...]. (G2, 3º trimestre, primigesta)

Entre as falas observadas o sentimento de responsabilidade para com a vida do bebê demonstra promover mudanças na vida da mulher, percebidas não apenas pela prática terapêutica, mas também pelo autocuidado que remete à saúde do filho, reorganizando o seu cotidiano, para atender às necessidades do seu bebê.

[...] ser mãe, é ser responsável, por que muda totalmente a vida da gente. É saber administrar seu tempo para você cuidar do seu neném[...]. (G7, 1º trimestre, secundigesta)

[...] eu saía muito antes. Eu começava na sexta e voltava só no domingo. Agora não. Eu tomava cerveja direto, fumava, parei de fumar e beber[...]. (G11, 1º trimestre, primigesta)

As questões envolvendo o construto de maternidade e das práticas medicamentosas parecem estar atrelados ao amor que se desenvolve com o sentido de ser mãe. É assim o desenvolvimento do amor maternal passa a promover mudanças em torno do cotidiano da gestante<sup>24</sup>.

[...] ah! é algo novo. Tudo diferente, onde até pra levantar da cama, já começa a mexer. Aí fico emocionada [...] É bom eu gosto. (G6, 2º trimestre, primigesta)

[...] eu estou contente. Só agora ansiosa, para ver a carinha. Espero que venha com saúde, perfeitinha. Estou feliz. (G2, 3º trimestre, primigesta)

As representações de responsabilidade em relação ao uso de medicamentos parecem se aproximar do ideário da maternidade, em que a mãe precisa responsabilizar-se por si, na prática de cuidados corporais, cujo fim é ter sucesso na gestação, e assegurar o bem-estar da criança em formação.

## CONCLUSÃO

Os riscos às exposições medicamentosas durante a gestação existem, e as orientações a essa população tendem a contribuir na prevenção de danos ao feto. Portanto, durante o pré-natal, a equipe de saúde precisa desenvolver estratégias educativas e de cuidado em relação ao uso de medicamentos, permitindo seu emprego seguro e eficaz, e desestimulando práticas de automedicação. Desse modo, o enfermeiro, durante a consulta de enfermagem, pode contribuir em muito para o emprego racional da medicação através de orientações voltadas para o autocuidado, incluindo aquelas relacionadas aos medicamentos.

Neste estudo, as relações entre gestação e medicamentos e até mesmo com as plantas medicinais se

movimentaram, passando de seguros e benéficos para inseguros e às vezes dispensáveis. As prescrições médicas parecem ser seguidas com maior rigor e a automedicação abandonada. Essas mudanças evidenciadas podem estar relacionadas às vivências da maternidade, não restritas apenas às mudanças corporais, mas entremeadas de representações sobre a gravidez, a feminilidade e o que é ser mãe.

A responsabilidade evidenciada no que se refere ao uso de medicamentos encontra respaldo em práticas terapêuticas reguladas e voltadas para o cuidado de si e do bebê em crescimento dentro desse corpo em transformações. Essas representações de compromisso produzem condutas para anular riscos e proteger o feto a todo custo.

Enfim, as representações sobre o uso de medicamentos em gestantes podem estar ancoradas no sentido de proteção ao feto, levando à autorregulação de suas ações. São práticas de autocontrole, de vigilância de si, práticas da mãe cuidadosa. Esses significados remetem à maternidade em uma dimensão temporal mais ampla, que não se limita apenas à gravidez, mas avança nos estágios posteriores, entre eles o parto e puerpério, bem como a educação dos filhos.

## REFERÊNCIAS

1. Nakamura UM, Junior LK, Pasquale M. Uso de fármacos na gravidez: benefício e custo. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2008; 30(1):1-4.
2. Carmo TA. Medicamentos e gravidez. *Saúde Rev.* 2003; 5(10):55-61.
3. Osório-de-Castro CGS, Paumgartten FJR, Silver LD. O uso de medicamentos na gravidez. *Ciênc Saúde Colet.* 2004; 9:987-96.
4. Infarmed. Gravidez e utilização segura de fármacos. 1ª Parte: intercorrências agudas. *Boletim de Farmacovigilância (Lisboa, Portugal).* 2001; 5(2):1-4.
5. Infarmed. Antiepilépticos em geral e valproato de sódio aumento do risco de malformações congênitas. *Boletim de Farmacovigilância (Lisboa, Portugal).* 2005; 9(2):4.
6. Infarmed. Utilização de lamotrigina no início da gravidez: associação com risco de lábio leporino. *Boletim de Farmacovigilância (Lisboa, Portugal).* 2006; 10(3):2.
7. Infarmed. Administração de paroxetina no início da gravidez e risco de malformações congênitas. *Boletim de Farmacovigilância (Lisboa, Portugal).* 2006; 10(2):2.
8. Campesato VR. Uso de plantas medicinais durante a gravidez e risco para malformações congênitas [tese de doutorado]. Porto Alegre(RS): Universidade. Federal do Rio Grande do Sul; 2005.
9. Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev Saude Pública.* 2002; 36:205-12
10. Piccinini CA, Gomes AG, De Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud.* 2008; 13 (1):63-72.

11. Moor KL, Persaud TVN. Embriologia clínica. 8ª ed. São Paulo: Elsevier; 2008.
12. Oliveira MA, Bermudez JAZ, Souza ACM. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? Cad Saúde Pública. 1999; 15:99-112.
13. Guerra GCB, Silva AQB, França LB, Assunção PMC, Cabral RX, Ferreira AAA. Utilização de medicamentos durante a gestação na cidade de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. Rev Bras Ginecol Obstet. 2008; 30:12-8.
14. IBGE (Br). Cidade à cidade. [citado em 10 dez 2012] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>
15. Denzin NK, Lincoln YS, editors. The sage handbook of qualitative research. 3ª ed. Thousand Oaks(Ca): Sage; 2005.
16. Jovchelovitch S, Bauer MW. Entrevista narrativa. In: Bauer MW, Gaskell G (Ed). Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 7ª ed. Petrópolis(RJ): Vozes; 2008: 90-113.
17. Foucault M. A arqueologia do saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2005.
18. Hall S. The work of representation. In: Hall S, (organizers) Representation: cultural representations and signifying practices. London (UK): Sage; 1997.
19. Maeda ST, Secoli SR. Utilização e custos de medicamentos em gestantes de baixo-risco. Rev Latino-Am Enfermagem. 2008; 16:266-71.
20. Pole M, Einarson A, Paireudeau N, Einarson T, Koren G. Drug labeling and risk perceptions: of teratogenicity: a survey of pregnant canadian women and their health professionals. J Clin Pharmacol. 2000; 40:573-7.
21. Barros SMO. Estudo sobre o uso de fármacos durante a gestação. Acta Paul Enferm. 1995; 8(1):26-32.
22. Lima MG. Representações sociais das gestantes sobre a gravidez e a consulta de enfermagem no pré-natal [dissertação de mestrado]. Brasília(DF): Universidade de Brasília; 2006.
23. Evans MK, O'Brien B. Gestational diabetes: the meaning of an at-risk pregnancy. Qual Health Res. 2005; 15(1):66-81.
24. Oriá MOB, Alves MDS, Silva RM. Repercussões da gravidez na sexualidade feminina. Rev enferm UERJ. 2004; 12:160-5.