

Consumo de medicamentos no período de internação para o parto

Drug use during in-hospital birth delivery stay

Edson Perini, Sérgia Maria Starling Magalhães e Vanessa Noronha

Centro de Estudos do Medicamento. Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Belo Horizonte, MG, Brasil

Descritores

Uso de medicamentos. Gravidez. Lactação. Puerpério. Hospitalização. Maternidades. Anestesia. Cesárea. Parto.

Resumo

Objetivo

O consumo de medicamentos no parto tem sido pouco explorado na literatura. Limitado no tempo e nas possibilidades terapêuticas, representa um evento privilegiado para discussão sobre o seu uso correto. Assim, realizou-se análise do consumo de medicamentos no parto, estabelecendo base para comparações entre maternidades.

Métodos

Estudo transversal envolvendo duas maternidades, uma particular e outra pública, de Belo Horizonte, Minas Gerais. Para a análise da utilização de medicamentos no período de internação das parturientes, foram coletados dados sobre identificação, gravidez, parto e medicamentos prescritos nos prontuários da maternidade pública, e na particular, nos prontuários e faturas. Para a análise estatística utilizou-se *odds ratio* (OR) testadas pelo qui-quadrado, e em médias pelo *t* de Student.

Resultados

O tempo médio de hospitalização foi de 2,2 dias, menor na maternidade particular. Partos cesáreos representaram 52,7%, 31,3% na pública e 64,5% na particular. A anestesia peridural foi utilizada em 72,8% dos casos e a local em 22,4% (25,3 e 63,7% na pública e 98,2 e 0,4% na particular). Todas as mulheres receberam medicamentos, com mínimo de três e máximo de 19 produtos diferentes. No total, 83 medicamentos (97 princípios ativos) foram utilizados com frequência total de 3.429. Foi observado consumo médio maior na maternidade particular de 8,5 medicamentos por mulher.

Conclusões

Observou-se diferença significativa no consumo de medicamentos nas duas maternidades, maior nos procedimentos do pré-parto/parto. Em ambas as maternidades, o consumo mostrou-se elevado em relação às poucas evidências internacionais. O excesso de partos cesáreos e os procedimentos anestésicos explicam as diferenças quantitativas observadas.

Keywords

Drug utilization. Pregnancy. Lactation. Puerperium. Hospitalization. Hospitals, maternity. Anesthesia. Cesarean section. Birth delivery.

Abstract

Objective

Drug use in birth delivery has not been enough explored in the literature. It is a significant issue to be discussed on the theme of rational drug use. The objective was to study drug use during birth delivery stay in maternity hospitals.

Correspondência para/ Correspondence to:

Edson Perini
Departamento de Farmácia Social - UFMG
Av. Antonio Carlos, 6627 Sala 1050 Bloco 2
Campus Pampulha
31270-901 Belo Horizonte, MG, Brasil
E-mail: eprini@ufmg.br

Apresentado no V Congresso Brasileiro de Epidemiologia, Curitiba, PR, em 2002.
Recebido em 19/1/2004. Reapresentado em 16/8/2004. Aprovado em 5/11/2004.

Methods

A cross-sectional study was carried out using medical records of two private and public maternity hospitals of Belo Horizonte, Brazil. Data were collected on pregnant women's identification, pregnancy, delivery and drug prescribed from medical records of public hospitals and medical records and billing invoice of private maternity hospitals. Statistical analysis was conducted using odds ratio by the Chi-square test and means by t-Student test.

Results

Mean in-hospital stay was 2.2 days and it was lower in the private maternity hospital. Cesarean sections were performed in 52.7% of all births, 31.3% in the public hospital and 64.5% in the private hospital. Peridural anesthesia was used in 72.8% of births and local anesthesia in 22.4% (25.3% and 63.7% of births in the public and 98.2% and 0.4% in the private hospital). All women received drugs (minimum of 3 and maximum of 19 different drugs) during their hospital stay. Eighty-three medications (97 active ingredients) were utilized at a total frequency of 3,429. The higher average drug use was 8.5 drugs per woman, in the private maternity hospital.

Conclusions

There was a significant difference in drug use between the two maternity hospitals, being it higher in pre- and during birth delivery procedures. The results suggest a preeminent drug use compared to those of other few studies available in the literature. The disproportionate number of cesarean sections and anesthesia explain the differences observed.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre o consumo de medicamentos na gravidez, no parto, no puerpério e na lactação se justificam pela importância médica e social dos riscos e benefícios envolvidos. O uso de medicamentos na gravidez e na lactação tem sido muito discutido na literatura. Os riscos resultantes desse consumo são objetos de investigações e de preocupação das autoridades sanitárias, porém o mesmo não tem acontecido com o período de internação para o parto. O uso de medicamentos no parto, do momento da internação até a alta, permanece pouco investigado embora represente um momento de alto risco de consumo.^{5-9,11} Por ser limitado no tempo, em suas possibilidades terapêuticas e por sua forte importância sócio-cultural, representa um evento privilegiado na discussão sobre a racionalidade no consumo de medicamentos, com possibilidade de intervenção pouco discutida.

Estudo realizado na Espanha em 1988 mostrou que, na internação hospitalar pós-parto, 75% das mulheres que amamentavam haviam tomado pelo menos um medicamento, com média de 1,38 medicamentos por mulher ou de 2,14 princípios ativos.⁴ Outros dois estudos, também no pós-parto, um realizado na Irlanda do Norte em 1982¹³ e outro na Noruega em 1980,⁹ apresentaram médias de 3,6 e 2,1 medicamentos por mulher, respectivamente. O estudo irlandês salientava que “embora existam dados para alguns fármacos, existem muitos cuja concentração no leite materno e os riscos potenciais para o lactente são desconhecidos”.

Não obstante a evolução do conhecimento, ainda hoje continua sendo uma realidade preocupante. Em Belo Horizonte, cidade onde se realizou o presente estudo, uma investigação em cinco maternidades públicas no período 1998/1999 mostrou que 96,2% das parturientes usaram algum medicamento no pós-parto imediato, sendo que cerca de 16% pertenciam ao grupo dos produtos sem informações seguras sobre seus efeitos no recém-nascido.⁶

Em estudo realizado por meio de levantamento de prontuários médicos, no início da década de 90,¹⁴ observou-se que 79% das mulheres haviam tomado algum medicamento (entre um e 19), com média de 3,3 medicamentos por mulher. Esse estudo abrangeu o período de internação para o parto de 14.778 mulheres em 22 países.

O uso de medicamentos no parto e puerpério é clinicamente justificado, porém os benefícios devem ser ponderados em relação aos riscos para a mãe e o filho.^{6,12} Visando a contribuir para discussão do tema, o presente estudo analisa o perfil do consumo de medicamentos durante a permanência hospitalar para o parto em maternidade, estabelecendo assim base para comparações em diferentes locais.

MÉTODOS

Estudo transversal realizado em 1998, em Belo Horizonte, MG, cidade com mais de dois milhões de habitantes. O estudo foi realizado em duas materni-

dades, uma privada com 86 leitos (cobertura via seguro saúde ou particular), e uma pública com 28 leitos (cobertura via Sistema Único de Saúde - SUS), determinando o perfil do uso de medicamentos durante o período da internação hospitalar para o parto.

Para detectar possível tendência sazonal, estudou-se o perfil de consumo nos meses ímpares. Para as comparações estatísticas, previu-se média aproximada de 500 e 300 partos/mês, respectivamente nas maternidades privada e pública. Adotou-se erro de 10%, nível de confiança de 95% e $p=0,90$, por tratar-se de população com expectativa de alto consumo, provavelmente 100%. Nessas bases, as amostras deveriam ser compostas por 7,1% e 4,4% dos partos, respectivamente. Optou-se então por amostra sistemática de 10% para cada maternidade, garantindo uniformidade de conduta e nível de comparabilidade.

Utilizou-se formulário padronizado para a coleta de dados, realizada por meio de consulta aos prontuários médicos na maternidade pública e aos prontuários e às faturas na particular. Coletou-se nome da parturiente, idade, tempo de hospitalização, forma de pagamento, patologias prévias à gravidez, uso de medicação crônica, intercorrências e uso de medicamentos na gravidez, tipo de parto, idade gestacional e anormalidades do recém-nascido, alterações ao nascimento e uso de medicamentos no período de internação. O cálculo da amostra e o processamento dos dados, em análise uni e bivariada, foram realizados no Epi Info 6.04. As diferenças em proporções e *odds ratio* (OR) foram testadas pelo qui-quadrado, e em médias pelo *t* de Student, todas realizadas no PEPI 4.0x.*

O padrão de utilização foi estabelecido considerando-se os medicamentos consumidos em dois diferentes períodos da internação: 1) período da admissão ao nascimento, incluindo procedimentos do pré-parto e do parto (inclusive anestesia) e; 2) período pós-parto, do nascimento à alta hospitalar. Juntos, esses dois períodos representam, em geral, um curto tempo de internação. Por objetivar o estabelecimento do perfil de consumo, nenhum medicamento foi excluído da análise, englobando aqueles de uso crônico, vitaminas ou outros não necessariamente ou diretamente envolvidos nos procedimentos do parto. Considerou-se medicamento cada produto farmacêutico registrado contendo um ou mais princípios ativos. Todos foram coletados pelo nome comercial, se assim estivessem registrados. Os mono-fármacos foram analisados pelo nome genérico, enquanto aqueles com mais de um componente o foram pelo nome fantasia, como um único produto.

Tabela 1 - Distribuição de variáveis relacionadas às mulheres, internação, parto e recém-nascido por maternidade. Belo Horizonte, MG, 1998.

Características	Maternidade		Total
	Pública	Particular	
Idade em anos			
<25	52,7	20,8	32,1
25-34	38,0	63,1	54,2
>34	9,3	16,1	13,7
N	150	274	424
Média	24,9	29,1	27,6
IC 95%	23,9-25,9	28,5-29,7	27,1-28,1
Internação (dias)			
1-2	60,7	79,5	72,8
3-+	39,3	20,5	27,2
N	150	273	423
Média	2,5	2,1	2,2
IC 95%	2,3-2,7	2,0-2,2	2,1-2,3
Tipo de Parto			
Cesáreo	31,3	64,5	52,7
Normal	68,7	35,5	47,3
N	150	273	423
Anestesia			
Peridural	25,3	98,2	72,8
Local	63,7	0,4	22,4
Raqui	8,2	1,1	3,6
Geral	2,7	0,4	1,2
N	146	273	419
Idade gestacional			
Termo	69,3	86,6	80,1
Pré-termo	24,0	13,4	17,4
Pós-termo	6,7	-	2,5
N	150	247	397
Anormalidade fetal	12,7	2,0	5,9
N	150	256	406

Todas as diferenças são significativas ($p<0,01$)

RESULTADOS

Nos meses ímpares de 1998 foram atendidos 4.126 partos, 63,6% na maternidade particular e 36,4% na pública. Foram amostrados 10,3% (424) dos partos, sendo 64,6% (274) na maternidade privada e 35,4% (150) na pública, com distribuição mensal média de 16,7% (14,9-17,9).

Na maternidade particular 97,1% dos partos foram pagos por seguros-saúde e 2,9% por recursos particulares. Na pública todos foram cobertos pelo SUS. As faixas de idades foram de 14 a 46 anos na pública e 15 a 43 anos na particular; o tempo de internação foi de um a nove dias e um a 14 dias, respectivamente. Na maternidade particular a idade média das parturientes foi 4,2 anos maior e o tempo de internação 0,4 dias menor (Tabela 1). Permaneceram cinco ou mais dias no hospital 4,7% das mulheres, sendo 2,6% na maternidade particular e 8,7% na pública.

Dados sobre patologias prévias à gravidez, uso de medicamentos crônicos e aqueles relacionados à gravidez (intercorrências, número de consultas pré-natal e uso de medicamentos) tiveram condições restritivas para análise, pois os registros médicos deixam dúvidas se eram condições ausentes ou dados não registra-

Tabela 2 - Distribuição percentual do uso de medicamentos por mulher, segundo tipos de parto e anestesia nos diferentes períodos de internação. Belo Horizonte, MG, 1998.

Características do parto e da anestesia	N	N de medicamentos*		OR (IC 95%)
Pré-parto e parto		1 a 4	5 a 8	
Parto Cesariano	214	18.2	81.8	13.7 (8.2-22.8)
Parto Normal	186	75.3	24.7	
Anestesia Peridural	290	27.6	72.4	25.7 (12.3-55.4)
Anestesia Outras**	108	90.7	9.3	
Pós-parto		1 a 4	5 a 14	
Parto Cesariano	215	30.2	69.8	12.4 (7.4-20.8)
Parto Normal	191	84.3	15.7	
Anestesia Peridural	289	49.5	50.5	2.6 (1.6-4.3)
Anestesia Outros	114	71.9	28.1	
Total		3 a 8	9 a 19	
Parto Cesariano	214	16.4	83.6	28.9 (16.3-51.6)
Parto Normal	186	84.9	15.1	
Anestesia Peridural	290	33.8	66.2	13.2 (6.9-25.5)
Anestesia Outras**	108	87.0	13.0	

*A opção pelas faixas de consumo buscou valores mais conservadores para *Odds Ratio* (OR)

**Local (22.4%), Raquidiana (3.6%) e Geral (1.2%)

dos. Não obstante, observou-se perfil de maior complexidade dos partos na maternidade pública e registro de 32,2% de complicações na gravidez, reforçando o fato da maternidade pública ser reconhecida como referência para o atendimento de partos de alto risco.

Na Tabela 1 nota-se também inversão nas frequências dos tipos de parto, com predominância de partos cesáreos, predileção pela anestesia peridural e nenhuma ocorrência de parto pós-termo na maternidade particular. A anestesia local foi a segunda mais prevalente, predominando na maternidade pública. Houve forte diferença no registro de anormalidades com o recém-nascido, maior na maternidade pública. Problemas no processo anestésico não foram registrados na maternidade particular e somente em 0,7% dos partos na pública.

A realização de parto cesáreo na maternidade particular em relação à pública apresentou OR=4,0 (2,5-6,3), implicando em OR=16,8 (8,7-33,1) para a realização da anestesia peridural. Consumiram mais de nove medicamentos 51,8% das mulheres, sendo 62,5% na maternidade particular e 32,4% na pública. Para o total do período, o consumo de nove ou mais medicamentos esteve associado à internação maior do que 48 horas (OR=3,22; 1,9-5,4) e, de forma menos acentuada, à idade materna maior do que 27 anos (OR=1,99; 1,3-3,0) e à ocorrência de nascimento pré e pós-termo (OR=2,0; 1,1-3,5).

A anestesia peridural predominou nos partos cesáreos (68,2% dos procedimentos peridurais) enquanto 88,7% das demais foram relacionadas aos partos normais. O uso de medicamentos foi fortemen-

Tabela 3 - Distribuição percentual do uso de medicamentos nos diferentes períodos de internação para o parto, por maternidade. Belo Horizonte, MG, 1998.

Características do parto e da anestesia	Maternidades		Total
	Pública	Particular	
Pré-parto e parto			
N de medicamentos 1-2	57,0	0,8	20,8
3-5	20,4	70,2	52,5
6-8	22,5	29,1	26,8
N	142	258	400
Média	3,2	5,0	4,4
IC95%	2,8-3,5	4,9-5,2	4,2-4,5
Pós-parto			
N de medicamentos 1-2	0,7	15,2	9,9
3-5	85,3	52,7	64,8
6-8	13,3	28,5	22,9
9-+	0,7	3,5	2,5
N	150	256	406
Média	4,2	4,7	4,5
IC95%	4,0-4,3	4,4-4,9	4,3-4,6
Total			
N de medicamentos 3-5	42,3	4,3	17,8
6-8	25,4	33,3	30,5
9-11	28,2	42,3	37,3
12-+	4,2	20,2	14,5
N	142	258	400
Média*	6,9	9,4	8,5
IC95%	6,5-7,3	9,1-9,6	8,2-8,7

*A média total não é aditiva.

Todas as diferenças entre as médias são significativas (p<0,01)

Tabela 4 - Número médio de medicamentos consumidos e intervalos de confiança (IC95%) nos diferentes períodos de internação hospitalar, por maternidade e tipo de parto, Belo Horizonte, MG, 1998.

Períodos da internação	Parto cesáreo		Parto normal	
	Pública	Particular	Pública	Particular
Pré-parto e parto	5,8(5,4-6,2)	5,3(5,2-5,5)	1,9(1,7-2,1)	4,5(4,3-4,7)
Pós-parto	4,9(4,6-5,2)	5,5(5,2-5,8)	3,7(3,6-4,1)	3,0(2,8-3,3)
Total	9,7(9,3-10,1)	10,4(10,1-10,7)	5,5(5,2-5,8)	7,3(7,0-7,6)
Média geral		10,3(10,0-10,6)		6,4(6,1-6,7)

Média geral do consumo: $p < 0,01$ Todas as diferenças parto cesáreo: $p < 0,05$ Todas as diferenças parto normal: $p < 0,01$

te associado ao parto cesáreo e à anestesia peridural. Essas associações se mostram mais fortes no período pré-parto/parto, principalmente devido ao procedimento anestésico peridural (Tabela 2).

No total, o número de medicamentos consumidos variou de três a 19, sendo que na maternidade pública o número mínimo foi de quatro e o máximo de 13 medicamentos. No período pré-parto e parto o número máximo de medicamentos consumidos foi oito em ambas as maternidades, porém no pós-parto esse número foi de nove para a pública e 14 para a particular. O consumo médio no total do período foi de 8,5 medicamentos, com diferença significativa de 2,5 medicamentos por mulher, maior na maternidade particular. Essa diferença aparece significativa tanto no período pré-parto/parto (1,8) como no pós-parto (0,5). Tendência de mais baixo consumo na maternidade pública aparece também quando se analisa a distribuição de frequências nos dois períodos, salientando a maior importância do período pré-parto/parto na diferença (Tabela 3).

Não houve variação significativa do consumo de medicamentos ao longo dos meses analisados: a média de consumo mensal variou de 8,1 (mês 9) a 8,7 (mês 1), com desvio-padrão máximo de 2,99.

As médias de consumo por tipo de parto estão apresentadas na Tabela 4. O consumo apresentou-se diferente nos dois tipos de parto, nos dois períodos de hospitalização. Para o período total da internação, ambos os tipos de parto revelaram maior consumo na maternidade privada (diferença de 1,8 medicamentos por mulher nos partos normais e 0,7 nos partos cesáreos). O maior determinante dessa diferença se encontra no mais baixo consumo observado no período pré-parto/parto do parto normal da maternidade pública. Esta, por sua vez, apresentou maior média de consumo nos procedimentos pré-parto/parto para os partos cesáreos, e nos procedimentos pós-partos dos partos normais, porém não suficientes para anular a diferença global em favor da maternidade particular.

Foram consumidos 83 medicamentos diferentes (64

Tabela 5 - Medicamentos mais utilizados durante a internação hospitalar para o parto, em percentagem do total de consumo de usuárias, segundo maternidade e períodos pré-parto/parto e pós-parto, Belo Horizonte, MG, 1998.

Medicamentos*	Total	Mulher	Frequência percentual do consumo				Período do parto	
			Particular		Pública		Pré-/parto	Pós
			Total	Mulher	Total	Mulher		
Diclofenaco			9,5	89,1	14,8	96,7	0,1	20,8
Lidocaína	10,9	93,0	10,4	97,7	11,8	80,0	21,3	0,1
Ocitocina	10,4	89,3	10,5	98,1	10,2	69,3	19,4	3,1
Fentanil	8,5	73,0	10,4	96,9	4,1	28,0	16,7	0,1
Bupivacaína	8,4	72,3	10,1	94,2	4,5	30,7	16,6	-
Buscopam**	6,5	55,8	3,0	28,3	14,8	100,0	-	12,3
Cefalotina	5,1	44,0	4,6	43,4	6,3	42,7	9,2	5,3
Sulfato Ferroso	4,1	35,5	-	-	14,0	94,7	-	7,8
Lisador***	4,1	34,8	5,8	53,9	-	-	-	7,7
Metoclopramida	3,7	31,5	3,9	36,8	3,1	20,7	1,4	5,6
Dimeticona	3,4	29,5	4,8	44,6	0,3	2,0	-	6,5
Efedrina	3,3	28,3	3,7	34,5	2,4	16,0	6,5	-
Meperidina	2,9	24,5	3,5	32,6	1,4	9,3	0,6	4,9
Dipirona	2,7	23,0	3,4	32,2	0,9	6,0	0,4	4,9
Tramadol	2,0	17,0	2,8	26,0	0,1	0,7	-	3,7
Tenoxicam	1,3	11,3	1,8	16,7	0,2	1,3	0,7	2,0
Ergonovina****	1,3	10,8	1,8	16,7	-	-	1,7	0,9
Diazepam	1,1	9,5	1,5	14,3	0,1	0,7	0,6	1,5
Outros	9,4	-	8,5	-	11,0	-	4,8	12,8
N	3.429	400	2413	258	1016	142	1746	1816

*Os medicamentos foram compilados por seus princípios ativos quando mono-fármacos. Aqueles com dois ou mais fármacos o foram por seus nomes comerciais

**Dipirona + N-butilescopolamina

***Dipirona + adifenina + prometazina

****Na maternidade pública, ergometrina (1,0% do consumo; 6,7% das mulheres)

na particular e 54 na pública), dos quais 13 com associações de fármacos e um não identificado. Ao todo foram identificados 97 princípios ativos. Nos procedimentos pré-parto/parto foram utilizados 40 medicamentos (30 na particular e 27 na pública), e no pós-parto um total de 66 (53 na particular e 35 na pública). Os 18 medicamentos mais consumidos perfazem 90,6% do consumo total. Dentre os 10 mais consumidos (72,7% do consumo), encontra-se um antiinflamatório não-esteróide mono-fármaco e duas associações em doses fixas contendo dipirona, dois anestésicos locais, um hipnoanalgésico, um ocitócico, um antibiótico, um anti-emético e um anti-anêmico (Tabela 5).

DISCUSSÃO

Embora variações no consumo global de medicamentos possam ser encontradas entre hospitais de uma mesma região,^{1,5,7} a escassez de estudos sobre o consumo no parto e as variações metodológicas entre eles, dificultam a construção de um quadro abrangente e atualizado sobre o tema abordado. As informações são raras e incompletas e não há possibilidade de comparações seguras entre ambientes sociais distintos.

O presente estudo estabelece o perfil do consumo de medicamentos de duas categorias distintas da prestação de serviços de saúde no País: o financiamento por seguros privados em uma e pelo SUS em outra. Isso significa uma profunda diferença entre elas em relação à população atendida. Na maternidade particular, o pagamento por seguro privado é a principal forma de cobertura, predominante de uma clientela de médio ou alto nível de renda. Na maternidade pública, o financiamento dos serviços pelo SUS significa, em geral, uma clientela de baixo poder aquisitivo. Ambas estão localizadas na zona hospitalar central da cidade, separadas uma da outra por cerca de 500 m. A pública é reconhecida como centro de atenção ao parto de alto risco.

Três fontes de possíveis vícios nas análises devem ser discutidas. Na maternidade particular, todos os dados foram confirmados nas faturas, significando medicamentos realmente consumidos pelas parturientes. Na pública, não há fatura e os dados provêm apenas dos prontuários médicos. Estão, portanto, sujeitos ao viés do "prescrito, porém não consumido". Acredita-se que isso não invalida a análise, pois os dados da maternidade particular não foram modificados pela checagem, e o valor da investigação permanece pelos riscos potenciais decorrentes da prática da prescrição.

Uma segunda fonte de viés a ser considerada é a

qualidade dos registros. Na Espanha,⁴ observou-se que 35% dos registros médicos de mulheres não mencionavam uso de medicamentos no período pós-parto. Embora o risco de um consumo infra-estimado esteja sempre presente, nesta investigação todos os registros médicos analisados faziam menção a medicamentos consumidos, permitindo a separação nos dois períodos analisados. Supõe-se, portanto, a representatividade alta dos dados.

A terceira possibilidade surge da inclusão de medicamentos não relacionados, ou provavelmente não relacionados aos procedimentos do parto, tais como hormônios da tireóide, antagonistas de receptores H2, antidiabéticos, antihistamínicos, ou outros de frequência muito baixa. No entanto, mesmo que se considerem todos esses medicamentos, e mais o sulfato ferroso, utilizado por 94,5% das mulheres da pública, todos juntos representam menos de 10% da frequência total de consumo. O efeito global da retirada desses fármacos modificaria a média geral de 8,5 para 7,7 medicamentos por mulher, redução maior na maternidade pública do que na particular em função do alto consumo de sulfato ferroso na primeira, o que elevaria ainda mais a diferença entre as duas.

Deve-se considerar também algumas condições patológicas anteriores à gravidez, ou desenvolvidas em seu curso, como possíveis determinantes do consumo no período estudado, principalmente se determinantes de parto cesáreo. Porém, pelas deficiências de registro, a investigação em prontuários não tem poder de análise sobre elas. Nesse caso, estudos de seguimento seriam os recomendados.

Embora positivamente associado ao período de internação e à ocorrência de partos pré ou pós-termo, mais prevalentes na maternidade pública, o consumo apresentou-se mais elevado na particular. O parto cesáreo e a anestesia peridural podem ser apontados como os principais fatores associados ao consumo elevado; o menor consumo no período pré-parto/parto do parto normal na maternidade pública explica a diferença entre elas.

A alta frequência de partos cesáreos reitera observações anteriores no Brasil e outras partes do mundo, contrastando com um limite aceitável entre 10 a 15%.^{2,3,10,15} Em São Paulo, a taxa de partos cesáreos era de 53,4% em 1992,¹⁰ e na região de São José do Rio Preto e em Ribeirão Preto, no período de 1986 a 1995,^{10,15} de 80,5% e 48,8%, respectivamente. Nesse último observou-se crescimento da incidência de cesáreas nas categorias privada e pré-pagamento, e redução na categoria SUS, taxas inversamente proporcionais ao risco esperado do parto. Os autores atribuíram

essa tendência a “um recurso técnico a ser incorporado por quem o deseja e tem poder de custeá-lo”, fato aparentemente observado também no presente estudo.

O parto cesáreo é um procedimento obstétrico de grande importância e traz diversas vantagens em situações específicas. Como qualquer procedimento cirúrgico, seu uso envolve potenciais complicações e aumenta os riscos para a mãe e a criança, podendo apresentar mortalidade cinco vezes maior que a do parto normal.^{12,15} O uso desse procedimento não baseado em justificativas clínicas implica numa relação risco-benefício desfavorável. Entre seus riscos destaca-se a mortalidade associada aos procedimentos anestésicos, que na década de 90 representou a sexta causa da mortalidade materna nos EUA, fortemente associada ao parto cesáreo.¹²

O presente estudo mostrou índices diferenciados nas taxas de utilização do parto cesáreo entre as maternidades avaliadas, deixando dúvidas quanto às justificativas clínicas. Ressalta-se que dentre os vários aspectos de elevação dos riscos e dos custos, o consumo de medicamentos deve ser considerado um importante fator, dado sua estreita relação com o tipo de parto.

Diferenças consideráveis podem ser observadas também no perfil dos medicamentos consumidos. Na maternidade particular verificou-se a concentração do consumo em fármacos com atividade anestésica, analgésica e antiespasmódica. Na pública, a redução do consumo de analgésicos narcóticos e anestésicos gerais se associa à elevação do uso de medicamentos antiespasmódicos, antihipertensivos e antianêmicos, como o sulfato ferroso. Esse fato é provavelmente reflexo das diferenças nas condições clínicas e socioeconômicas entre as duas clientela e nas taxas de partos cesáreos e de anestesia peridural, bem como do fato da maternidade pública ser uma referência no atendimento de partos de risco.

Até o início de 1998 a política de financiamento dos procedimentos médicos do SUS não incluía a cobertura de anestesia em parto normal.² É possível que, com a reversão dessa política em maio desse mesmo ano, a diferença aqui encontrada venha sofrendo tendência de redução, o que se conforma em mais um desafio à investigação.

Não foram encontrados estudos com metodologias similares, impossibilitando considerações comparativas seguras com outras realidades sociais. Porém, no cômputo geral, o número médio de medicamentos usados por mulher se mostra aparentemente alto se consideradas as poucas evidências encontradas na literatura, fazendo-se necessárias investigações semelhantes em realidades distintas. Sem isso, sem o desenvolvimento de estudos de utilização do tipo indicação-prescrição ou vice-versa, e sem a adoção de protocolos (*guidelines*), não se produzirá evidências a respeito de possíveis tendências de sobre-utilização, má-utilização ou práticas defasadas ou desatualizadas, conhecimentos importantes nessa investigação.

A ausência de sazonalidade, como esperado pelos autores, torna possível a realização desses estudos em um período de tempo curto, sem risco de vícios, viabilizando mais facilmente o diagnóstico multicêntrico do problema. Essa é uma proposta de fácil viabilização e importante para a determinação de um perfil mais abrangente do problema.

AGRADECIMENTOS

À Luiza Ibáñez Mora e Xavier Vidal Guitart, da Fundação Instituto Catalão de Farmacologia, Universidade Autônoma de Barcelona, Espanha, pela colaboração na análise dos dados. Tatiana Chama Borges e Ernanda Raquel Q. G. S. e Fernandes, alunas da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal de Minas Gerais, pela coleta e digitação dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Aguilera C, Arnau JM, Bosch C, Castel JM, Laporte JR, Paredes I et al. Analgésicos en el postoperatorio de intervenciones abdominales. *Med Clí (Barc)* 1997;108:136-40.
2. Fundação Instituto Oswaldo Cruz. Assistência perinatal e neonatal no Brasil: um desafio para os serviços de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. (Coleção Tema, 17).
3. Gentile FP, Noronha Filho G, Cunha AA. Associação entre a remuneração da assistência ao parto e a prevalência de parto cesáreo em maternidades do Rio de Janeiro: uma revisão da hipótese de Carlos Gentile de Mello. *Cad Saúde Pública* 1997;13:221-6.
4. Grupo de trabajo DUP España. Estudio multicéntrico sobre el uso de medicamentos durante el embarazo en España (IV). Los fármacos utilizados durante la lactancia. *Med Clí (Barc)* 1992;98:726-30.

5. Handal M, Matheson I. Is drug use in maternity wards baby-friendly enough? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1995;115:3518-21.
6. Lamounier JA, Cabral CM, Oliveira BC, Oliveira BC, Oliveira Jr AM, Silva APA. O uso de medicamentos em puérpuras interfere nas recomendações quanto ao aleitamento materno? *J Pediatr* 2002;78:57-61.
7. Matheson I. Drugs for the mother and infant in the maternity ward. A study of 5 Norwegian university hospitals. *Tidsskr Nor Laegeforen* 1989;109:2118-22.
8. Matheson I. Drugs taken by mothers in the puerperium [letter]. *BMJ* 1985;290:1588-9.
9. Matheson I, Kristensen K, Lunden PKM. Drug utilization in breast-feeding women. A survey in Oslo. *Eur J Clin Pharmacol* 1990;38:453-9.
10. Moraes MS, Goldenberg P. Cesáreas: um perfil epidêmico. *Cad Saúde Pública* 2001;17: 509-19.
11. Olesen C, Steffensen FH, Nielsen GL, Jon-van den Berg L, Olsen J, Sørensen HT. Drug use in first pregnancy and lactation: a population-based survey among Danish women. *Eur J Clin Pharmacol* 1999;55:139-44.
12. Pajon MJB, Osorio MGP, Bolio AC. Anestesia general en la cesárea: consideraciones actuales. *Rev Mex Anest* 2000;23:192-8.
13. Passmore CM, McElnay JC, D'Arcy PF. Drugs taken by mothers in the puerperium: inpatient survey in Northern Ireland. *BMJ* 1984;238:1593-6.
14. Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy (CGDUP/WHO-DURG). An international survey on drug utilization during pregnancy. *Int J Risk Safety Med* 1991;2:345-50.
15. Yazlle MEH, Rocha JSY, Mendes MC, Patta MC, Marcolin AC, Azevedo GP. Incidência de cesáreas segundo fonte de financiamento da assistência ao parto. *Rev Saúde Pública* 2001;35:202-6.