

# Avaliação de teratogênicos potenciais em grupo de gestantes assistidas em unidades do programa saúde da família

## *Evaluation of potential teratogens in a group of pregnant women attended at units of the family health program*

Ana Paula Augusto Pinheiro<sup>1</sup>; Camila Ribeiro Rodrigues<sup>1</sup>; Juliana Morais Marcolino<sup>1</sup>; André Luiz Thomaz de Souza<sup>2</sup>; Rinaig Yanniz Carvalho<sup>3</sup>; Evelise Aline Soares<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Egressos do curso de Enfermagem da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS), Alfenas, MG, Brasil.

<sup>2</sup>Mestrando em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), campus Alfenas, MG, Brasil.

<sup>3</sup>Acadêmico do curso de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), campus Governador Valadares, MG, Brasil.

<sup>4</sup>Doutora na área de Anatomia pelo Programa de Biologia Celular e Estrutural da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e Professora Adjunta da disciplina de Anatomia Humana da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL), Alfenas, MG, Brasil.

**Resumo** **Introdução:** O uso de substâncias teratogênicas representa um potencial agravamento à saúde materno-fetal. O acompanhamento gestacional é primordial na prevenção de anomalias decorrentes do uso de tais substâncias. **Objetivos:** Identificar teratogênicos potenciais em um grupo de gestantes assistidas em uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF). **Casística e Métodos:** Tratou-se de um estudo descritivo que privilegiou o método quantitativo, utilizando questionário semiestruturado. Dados referentes à exposição a agentes teratogênicos foram coletados por meio de entrevistas com 50 gestantes assistidas no PSF, localizado em um bairro de baixa renda do município de Alfenas - MG. **Resultados:** As idades das gestantes variavam entre 13 e 37 anos e com idade gestacional de 13 e 32 semanas. Para 98% das gestantes, a gravidez não foi planejada. Como achados socioeconômicos, observou-se que 98% residem na zona urbana, 54% são casadas, 88% possuem pelo menos o ensino fundamental completo e uma renda média familiar de 2,5±0,8 salários mínimos mensais. Quanto ao uso de fármacos com potenciais teratogênicos, apenas 4% referiram uso de contraceptivo no início da gravidez e 36% usaram antieméticos. Com relação a doenças maternas, uma grávida é diabética e seis são hipertensas. Quanto à teratogênese por agentes infecciosos, 06%, confirmaram ter DST e estarem em tratamento. O hábito tabagista e o consumo de bebidas alcoólicas foram relatados por 44% e 30% das gestantes, respectivamente. **Conclusão:** Foram identificados fatores que possibilitam o surgimento de anomalias fetais por teratogenicidade. Destacou-se o fato de as gestantes não terem abolido o hábito tabagista e consumo de bebidas, colocando em risco a saúde do binômio materno-fetal. Portanto, tornam-se fundamentais medidas educativas e orientações por profissionais da saúde com relação aos teratogênicos que possam colocar em risco a saúde fetal.

**Palavras-chave** Anomalia congênita; gravidez; teratologia; medicamentos.

**Abstract** **Introduction:** The teratogenic substance use represents a potential hazard to maternal-fetal health. Pregnancy monitoring is essential in preventing gestational anomalies arising from the use of such substances. **Objectives:** Identify potential teratogens in a group of pregnant women attended in a Family Health Program. **Casistic and Methods:** This was a descriptive study that focused on the quantitative method using a semi-structured questionnaire. We gathered the data related to the exposition to teratogenic agents through interviews with a group of 50 pregnant women attended in a Family Health Program facility located in a low-income neighborhood of Alfenas – Minas Gerais, Brazil. **Results:** We interviewed 50 women ranging in age from 13 to 37 years with gestational ages between 13 to 32 weeks. Ninety-eight percent of pregnancies were unplanned. Our socioeconomic findings showed that 98% of the women live in the urban zone, 54% of them are married; 88% have at least basic education and mean family income of 2.5±0.8 minimum wages. Regarding the use potential teratogenic drugs, only 4% reported the use of contraceptives in the beginning of pregnancy, and 36% made use of antiemetics. About the maternal diseases, one of the women is diabetic and 6 of them are hypertensive. As for teratogenesis by infectious agents, 06% confirmed they have contracted STD and are in treatment. Smoking and alcohol consumption was reported by 44% and 30% of women, respectively. **Conclusion:** We identified factors enabling the emergence of fetal anomalies by teratogenicity. The study showed that pregnant women have not quit smoking and consuming alcohol, thus jeopardizing the health of both mother and fetus. Therefore, educational measures and guidelines are crucial to health professionals in relation to teratogens that may endanger fetal health.

**Keywords** **Keywords:** Congenital abnormalities; pregnancy; teratology, pharmaceutical preparations.

Recebido em 19/08/2013

Aceito em 20/09/2013

Não há conflito de interesse

## Introdução

O período gestacional pode ser considerado como uma fase de transição no que diz respeito ao desenvolvimento emocional da mulher, a qual demanda uma resposta adaptativa frente às mudanças relacionadas ao metabolismo: imagem corporal e aquisição de hábitos preventivos de agravos tanto para mãe quanto para o feto<sup>1-2</sup>. Associado a isso, o atendimento por parte da equipe de saúde deve potencializar um suporte eficaz no decorrer da gestação.

O desenvolvimento do embrião depende da saúde materna, da influência genética e de fatores externos, como, por exemplo, a exposição a algumas substâncias agressivas ao embrião. Durante o primeiro trimestre de vida intrauterina ocorre a formação anatômica do embrião. Deste modo, é nesse período que os agentes teratogênicos podem causar diversas alterações na formação embriológica. A teratologia é um termo que se refere ao ramo da ciência médica que tem preocupações que vão desde o estudo da contribuição ambiental ao desenvolvimento pré-natal alterado<sup>3-4</sup>.

Para Hansen e colaboradores<sup>5</sup>, são considerados teratogênicos: - agentes que tenham exposição danosa documentada em um determinado período do desenvolvimento pré-natal; - substâncias cujos efeitos teratogênicos tenham sido claramente demonstrados por meio de dados estatisticamente significativos em dois ou mais estudos epidemiológicos; - drogas que, mesmo em rara exposição ambiental, estejam associadas à ocorrência de defeitos congênitos, contanto que exista uma cuidadosa descrição de casos clínicos.

As anomalias congênitas podem ser resultantes de fatores genéticos (gênicos e cromossômicos) e fatores ambientais (uso de drogas medicamentosas ou ilícitas) ou causados pelos dois fatores, conjuntamente<sup>6-7</sup>. As substâncias teratogênicas são responsáveis por grande parte das malformações congênitas<sup>4,6-7</sup>. Muitas vezes, a gestante exposta a essas substâncias desconhece seus efeitos nocivos ao embrião.

Por considerar a teratogênia como um potencial agravamento à saúde materno-fetal, este artigo tem como foco identificar os possíveis agentes teratogênicos utilizados por gestantes assistidas em uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF).

## Material e métodos

Tratou-se de um estudo descritivo que privilegiou o método quantitativo, utilizando instrumentos pelos quais foram coletados dados referentes ao uso de substâncias teratogênicas por 50 gestantes, independente da idade gestacional, assistidas em uma unidade do Programa Saúde da Família (PSF) de um bairro de baixa renda do município de Alfenas MG, cidade sul mineira de médio porte.

O projeto foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, com parecer de no. 08/2006. Os princípios éticos atenderam à Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os dados referentes ao presente estudo foram coletados no primeiro semestre de 2012. Os dados referentes ao uso de substâncias teratogênicas foram obtidos por meio de um questionário semiestruturado, elaborado pelos autores e baseado nos agentes teratogênicos, descritos na

obra de Moore, Persaud e Torchia<sup>7</sup>. Fizeram parte do questionário informações sobre o planejamento da gestação, idade gestacional e dados referentes à saúde das gestantes, sendo realizado na recepção da unidade, após o exame pré-natal.

Os dados obtidos nesta pesquisa foram tabulados, organizados e apresentados de forma descritiva, por meio de valores absolutos, médias e porcentagens.

## Resultados

O grupo amostral deste estudo foi composto por 50 gestantes com idade entre 13 e 37 anos; média de idade  $23 \pm 9,3$  anos. No grupo, 10 (20%) gestantes tinham idade entre 13 e 18 anos. Outro dado observado é que 17 (34%) encontram-se na faixa etária entre 31 e 37 anos, 04 (2%) destas grávidas possuíam idade superior a 35 anos. Em relação ao planejamento da gestação, 49 (98%) das gestantes relatam que não planejaram a gestação.

Quanto ao número de gestações, 17 (34%) gestantes estavam na primeira gestação, 16 (32%) na segunda, 13 (26%) na terceira gravidez, 03 (06%) na quarta e para 01 (02%) das entrevistadas era a quinta gestação. No que se refere a abortamentos, 08 (16%) relataram terem ocorrido abortos em gestações passadas. As mulheres que já tinham outros filhos negaram anomalias congênitas dos mesmos.

A idade gestacional variou de 13 a 32 semanas, 19 (38%) estavam entre 13ª e a 20ª semana, 28 (56%) entre a 21ª e a 29ª semana e 3 (06%) entre a 30ª e a 32ª semana de gestação. Foram obtidos alguns dados socioeconômicos sobre as gestantes, tais como: local de residência, estado civil e grau escolaridade. Das entrevistadas, 48 (98%) residem na zona urbana, 27 (54%) das futuras mães são casadas, enquanto 23 (46%) são solteiras. A renda média familiar mencionada pelas gestantes foi de  $2,9 \pm 0,8$  salários mínimos mensais.

O ensino fundamental completo foi informado por 17 (34%) das gestantes, o ensino médio completo foi relatado por 27 (54%), 2 (4%) possuem ensino superior concluído e 4 (8%) estão cursando ensino superior. As gestantes também foram questionadas sobre o uso de fármacos. Apenas 02 (4%) gestantes sem saber que estavam grávidas fizeram uso de contraceptivo nas primeiras semanas de gestação e 18 (36%) tomaram antieméticos em consequência de enjoos no primeiro trimestre da gestação.

Foi verificado se as gestantes eram diabéticas ou hipertensas, constatando que 1 (2%) tinha Diabetes Mellitus insulino dependente e 6 (12%) são hipertensas e faziam tratamento medicamentoso. Três gestantes do nosso estudo, 06%, confirmaram ter DST e estar em tratamento médico.

O consumo de drogas ilícitas (maconha, cocaína, craque e heroína) não foi confirmado por nenhuma gestante. Entretanto, o dado que mais nos chamou a atenção no presente estudo foi a confirmação do hábito tabagista e/ou etilista por um grupo de gestantes, conforme mostra tabela a seguir.

Infelizmente, nossos dados demonstraram que 44% (Tabela 1) das gestantes mantiveram o hábito tabagista, colocando em risco a sua saúde e a do feto. O consumo de bebidas alcoólicas foi relatado por 15 (30%) das gestantes, ocorrendo pelo menos

duas vezes na semana e tendo como preferência cervejas, indicado por 11 (22%) das grávidas e bebidas destiladas, por 04 (08%).

**Tabela 01.** Referente ao consumo de bebidas alcóolicas e de tabaco informado pelas gestantes.

Substância	Sim		Não		No. cigarros/dia	No. CBA/semana
	N	%	N	%		
Consumo de tabaco	22	44	28	56	06	-
Bebidas alcóolicas	15	30	35	70	-	02

CBA = Consumo de bebida alcóolica / vezes por semana

## Discussão

Os resultados obtidos neste estudo e de acordo com informações encontradas na literatura científica, nos mostram que ainda não há consenso sobre como a idade materna é capaz de explicar resultados obstétricos adversos<sup>8-9</sup>. Alguns estudos destacam que a imaturidade biológica das jovens mães podem causar prejuízo a saúde dos bebês, principalmente pelo fato de o seu organismo ainda em desenvolvimento poder competir com a formação e crescimento fetal<sup>10-11</sup>. No extremo dessa realidade, um estudo realizado por Gravena e colaboradores<sup>11</sup> evidenciou riscos de complicações em gestantes com idade igual ou superior a 35 anos. Os autores também destacaram a necessidade de um aconselhamento às mulheres que pretendam postergar a gestação nessa faixa etária.

Um fato importante a ser considerado, já que parte da realidade de muitas mães refere-se ao estado civil da gestante. Ser mãe solteira é um aspecto merecedor de destaque, pois além da desvantagem psicológica, a ausência do pai, em geral, traz menor estabilidade econômica para a família, podendo se constituir um fator de risco para a saúde fetal<sup>12</sup>. Associado a isto, o grau de escolaridade representa uma determinante no desfecho de indicador de saúde durante a gestação. O grau de escolaridade no presente estudo foi questionado, pois quanto maior o grau de instrução, mais fácil a compreensão de orientações e prescrições médicas. A baixa escolaridade materna é um fator importante que pode predispor o aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, visto que está associada ao baixo peso do recém-nascido, à perimortalidade, neomortalidade e mortalidade infantil<sup>13</sup>.

Quanto ao uso de medicamentos, destacamos que os anticonvulsivantes, antibióticos, anticoagulantes, ansiolíticos, quimioterápicos, corticoides, contraceptivos e antieméticos, todos devem ser evitados durante a gestação por se tratarem de agentes teratogênicos<sup>14</sup>, ou ainda, casos específicos em que a gestante não pode ficar sem a medicação, o médico deverá estabelecer o nome do medicamento e a dosagem mais segura para evitar o comprometimento fetal<sup>5</sup>. Segundo Moore, Persaud e Torchia<sup>7</sup>, os três primeiros meses de gestação são considerados período crítico para exposição a agentes teratogênicos.

Ressalta-se que o uso de antiemético na gestação deve ser orientado pelo médico, pois se torna fundamental a certificação

da biossegurança do medicamento para o embrião<sup>15</sup>. Um famoso antiemético marcou a história da teratologia, a Talidomida. Este fármaco interrompia o crescimento das extremidades nos embriões humanos, causava malformações cardíacas e aumentava a ocorrência de natimortos<sup>16</sup>. No Brasil, na década de 90, foi proibida a prescrição da Talidomida para mulheres em idade fértil.

No que se refere às doenças que podem ocorrer no período gestacional, segundo Stuart e colaboradores<sup>17</sup>, o diabetes materno é um fator de risco para anomalias da parte central do sistema nervoso e do sistema circulatório. A gestação de uma mulher diabética deve ser monitorada e os níveis glicêmicos precisam ser mantidos dentro do valor de normalidade, principalmente no final da gestação, quando há risco de macrosomia e morte súbita intrauterina do feto<sup>18</sup>. Por outro lado, a hipertensão arterial na gravidez, de acordo com o grau de gravidade, é considerada fator de risco que, somado a características individuais, condições socioeconômicas desfavoráveis, determinados antecedentes obstétricos e intercorrências clínicas, podem desencadear danos ao binômio materno-fetal<sup>19-20</sup>.

A teratogênese também pode estar relacionada a agentes infecciosos, quando microrganismos cruzam a barreira placentária e penetram na corrente sanguínea fetal<sup>7</sup>, causando abortos e anomalias congênitas. A rubéola, o citomegalovírus, o vírus do herpes simples, a varicela, o vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), sífilis congênita e a toxoplasmose são os agentes teratogênicos infecciosos mais comuns<sup>7,21-22</sup>. Informações referentes à contaminação das gestantes por esses microrganismos foram levantadas no presente estudo e nenhuma das entrevistadas relatou infecção por esse tipo de agente.

A infecção da gestante pelo vírus da rubéola pode causar sérias complicações, principalmente no primeiro trimestre gestacional, tais como o aborto, morte fetal ou Síndrome da Rubéola Congênita (SRC)<sup>21</sup>. A SRC é caracterizada por uma tríade clássica de sinais clínicos: surdez, cardiopatias congênitas e catarata<sup>7,21</sup>. O desenvolvimento de estratégias que contribuam para melhorar o conhecimento das mulheres e da população sobre a importância da vacina contra rubéola e seus benefícios pode elevar a cobertura em grupos mais vulneráveis, visando à erradicação da rubéola e da SRC<sup>22</sup>. Infelizmente, a rubéola congênita é a mais comum forma de teratogênese causadora de surdez.

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) apresentam prevalências significativas na população geral. Doenças como cancro mole, donovanose, gonorreia, clamidíase, hepatites virais, herpes, infecção pelo papiloma vírus humano (HPV), linfogranuloma venéreo, sífilis e vulvovaginites devem ser enfrentadas com extrema atenção e conscientização por parte dos profissionais de saúde<sup>23</sup>. Do diagnóstico, que deve ser feito o mais rápido possível, ao tratamento específico à gestante, isso em consequência da toxicidade de muitos dos medicamentos<sup>23</sup>.

Em razão do número considerável de mulheres que não abandonaram os hábitos etílicos e tabagistas neste estudo,

destacamos que o uso de bebidas alcólicas e o hábito tabagista evidenciam um potencial risco para a vida materno-fetal. A gestação é uma ocasião especial para a promoção da cessação do hábito tabagista. A insuficiência uteroplacentária, característica de gestantes tabagistas, tem sido indicada a como o principal responsável pelo retardo do crescimento fetal<sup>23</sup>. A nicotina causa vasoconstricção dos vasos do útero e da placenta, reduzindo o fluxo sanguíneo e a oferta de oxigênio além de nutrientes para o feto.

Além dos danos biológicos celulares e moleculares provocados pelo monóxido de carbono e por outras toxinas, essa substância também tem forte interferência no desenvolvimento do feto<sup>24-26</sup>. Os efeitos teratogênicos do tabaco ainda são discutíveis e permanecem em estudo<sup>27</sup>, mas acredita-se que ele também seja causador de teratogênese.

Segundo Oliveira e Simões<sup>28</sup>, atualmente, o Brasil intensificou a sua produção de bebida alcoólica em função do aumento do consumo que dobrou nos últimos cinco anos, sendo as mulheres e os jovens os maiores contribuintes nesse processo. O uso abusivo do álcool nas primeiras semanas de gestação pode estar relacionado aos casos de abortamento espontâneo, e seu consumo entre a 3ª e 8ª semanas elevam os riscos de deformações físicas no bebê<sup>29</sup>.

O consumo crônico do etanol, principal componente das bebidas alcólicas, pode resultar na Síndrome do Alcoolismo Fetal<sup>30</sup>. Esta síndrome é caracterizada por retardo no crescimento intrauterino; alterações na coordenação motora; anomalias articulares; malformações cardíacas; redução da capacidade intelectual, entre outros. Além disso, filhos de mulheres que consumiram moderadamente bebida alcoólica podem apresentar agitação, deficiência de sucção durante o aleitamento, irritabilidade, sudorese e padrões anormais de sono, caracterizando um quadro de síndrome da abstinência<sup>30-32</sup>.

### Conclusão

No presente estudo foram identificados fatores que possibilitam o surgimento de anomalias fetais por teratogenicidade: o fato das gestantes não terem abolido o hábito tabagista nem o consumo de bebidas alcólicas durante a gestação, colocando em risco a saúde do binômio materno-fetal. Tornam-se fundamentais medidas educativas e orientações por profissionais da saúde sobre os agentes que possam colocar em risco saúde fetal, de modo que as intervenções em saúde sejam mais efetivas e minimizadoras de complicações psicológicas, sociais e econômicas.

### Referências bibliográficas

1. Silva AL, Figueiredo B. Sexualidade na gravidez e após o parto. *Psiquiatr Clín* 2005; 3(5):253-64.
2. Araújo NM, Salim NR, Gualda MR, Silva LCFP. Corpo e sexualidade na gravidez. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2012;46(3):552-8.
3. Gava EP, Martins CHC, Molina TL, Costa MF. Teratogênica: o efeito do álcool no desenvolvimento embrionário. In: 10ª. mostra acadêmica da UNIMEP; 2012; Piracicaba. Anais. São Paulo: Universidade Metodista de Piracicaba; 2012. p.1-4.

4. Schüller-Faccini L, Leite JCL, Sanseverino MTV, Peres RM. Avaliação de teratógenos potenciais na população brasileira. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2002;7(1):65-71.
5. Hansen WF, Peacock AE, Yankowitz J. Safe prescribing practices in pregnancy and lactation. *J Midwifery Womens Health* 2002;47:409-21.
6. Horovitz DDGH, Llerena JC, Mattos RA. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: panorama atual. *Cad. Saúde Pública* 2005;21(4):1055.
7. Moore KL, Persaud TVN, Torchia MG. *Embriologia clínica*. 9ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
8. Rodrigues HG, Meireles CG, Lima JTS, Toledo GP, Cardoso JL, Gomes SL. Efeito embriotóxico, teratogênico e abortivo de plantas medicinais. *Rev. Bras. Plantas Med* 2011;13(3):359-66.
9. Lima, LC. Idade materna e mortalidade infantil: efeitos nulos, biológicos ou socioeconômicos? *Revista Brasileira de Estudos de População* 2010;27(1):211-26.
10. Katz, A. Adolescent pregnancy: the good, the bad and the promise. *Nurs Womens Health* 2011;15(2):149-52.
11. Gravina AF, Sass A, Marcon SS, Pelloso SM. Resultados perinatais em gestações tardias. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2012;46(1):15-21.
12. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant* 2004;4(3): 253-61.
13. Haidar FH, Oliveira UF, Nascimento LFC. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. *Cad. Saúde Pública* 2001;17(4):1025-29.
14. Hockenberry MJ, Wilson D. *Whaley & Wong – Enfermagem Pediátrica*. 8ª ed. São Paulo: Elsevier; 2011.
15. Nakamura UM, Junior LK, Pasquale M. Uso de fármacos na gravidez: benefício e custo. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2008;30(1):1-4.
16. Rasmussen SA. Human teratogens update 2011: can we ensure safety during pregnancy? *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2012;94(3):123-8.
17. Stuart A, Amer-Wählin I, Persson J, Källen K. Long-term cardiovascular risk in relation to birth weight and exposure to maternal diabetes mellitus. *Int J Cardiol* 2013;168(3):2653-7.
18. Golbert A, Campos MAA. Diabetes melito tipo I e gestação. *Arq Bras Endocrinol Metab* 2008;52(2):307-14.
19. Freire CMV, Tedoldi CL. Hipertensão arterial na gestação. *Arq. Bras. Cardiol* 2009;93(6 Suppl):159-65.
20. Pourrat O. How to manage a patient with chronic arterial hypertension during pregnancy and the postpartum period. *Rev Med Interne* 2013: 1-7.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Síndrome da rubéola congênita - CID 10: P35.0. [Citado 2012 Ago 20]. Disponível: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve\\_7ed\\_web\\_atual\\_src.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gve_7ed_web_atual_src.pdf)
22. Mota DM, Beltrão HBM, Lanzieri TM, Vieira LC, Machado M. Avaliação econômica da rubéola e de estratégia de controle em situação de surto em Fortaleza (Ceará), Brasil. *Saude Soc* 2011;20(3):691-01.

23. Francisco PMSB, Senicato C, Donalisio MR, Barros MBA. Vacinação contra rubéola em mulheres em idade reprodutiva no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2013;29(3):579-88.
24. Costa MC, Demarch EB, Azulay DR, Périssé ARS, Dias MFRG, Nery JAC. Doenças sexualmente transmissíveis na gestação: uma síntese de particularidades. An Bras Dermatol 2010;85(6):767-85.
25. Leopercio W, Gigliotti A. Tabagismo e suas peculiaridades durante a gestação: uma revisão crítica. J. Bras. Pneumol 2004;30(2):176-85.
26. Trofor A, Man MA, Miron R. Smoking during pregnancy-a challenge to practitioners. Pneumologia 2009;58(4):247-51.
27. Mateja WA, Nelson DB, Kroelinger CD, Ruzek S, Segal J. The association between maternal alcohol use and smoking in early pregnancy and congenital cardiac defects. J Womens Health (Larchmt) 2012;21(1):26-34.
28. Oliveira TR, Simões SMF. O consumo de bebida alcoólica pelas gestantes: um estudo exploratório. Esc Anna Nery Rev Enferm 2007;11(4):632-38.
29. Xi Y, Zhou J, Kong WF, Wang Q, Liu B, Zheng H, et al. Influence of prenatal alcohol exposure on retinal development and cell differentiation. Sheng Li Xue Bao 2013;65(5):505-12.
30. Momino W, Sanseverino MTV, Schuler-faccini L. A exposição pré-natal ao álcool como fator de risco para comportamentos disfuncionais: o papel do pediatra. J. Pediatr 2008;84(4 Supl):76-9.
31. Ornoy A, Ergaz Z. Alcohol abuse in pregnant women: effects on the fetus and newborn, mode of action and maternal treatment. Int J Environ Res Public Health 2010;7(2):364-79.
32. Silva I, Quevedo LA, Silva RA, Oliveira SS, Pinheiro RT. Associação entre abuso de álcool durante a gestação e o peso ao nascer. Rev. Saúde Pública 2011;45(5)864-69.

#### APENDICEA-QUESTIONÁRIO DE ENTREVISTA

Idade Materna: \_\_\_\_\_ meses

Idade Gestacional \_\_\_\_\_

Número de gestações \_\_\_\_\_

Número de Abortos \_\_\_\_\_

Residente: Zona Rural ( ) Urbana ( )

Estado Civil \_\_\_\_\_

Grau de Escolaridade: \_\_\_\_\_

01) Já apresentou crises convulsivas? ( ) Sim ( ) Não

Qual medicamento utilizou \_\_\_\_\_

02) Durante a gestação faz uso de anticonvulsivante?

( ) Sim ( ) Não

Qual medicamento utiliza \_\_\_\_\_

03) Apresenta problemas na Glândula tireoide

(Hiper ou Hipotireoidismo)? ( ) Sim ( ) Não

Durante a gestação ainda toma o medicamento?

( ) Sim ( ) Não

Qual \_\_\_\_\_

04) Fez uso de contraceptivos durante o início da gestação sem saber que estava grávida? ( ) Sim ( ) Não

Qual \_\_\_\_\_

05) Fez uso de algum antibiótico durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não Qual \_\_\_\_\_

06) Fez uso de algum anticoagulante durante a gestação?

( ) Sim ( ) Não

Qual \_\_\_\_\_

07) Apresenta muita náusea e vômito durante a gestação? ( )

Sim ( ) Não

Toma algum medicamento?

Qual \_\_\_\_\_

08) Já fez quimioterapia? ( ) Sim ( ) Não

09) Já tomou cortisona durante a gestação? ( ) Sim ( ) Não

10) Você tem hipertensão? ( ) Sim ( ) Não

Toma algum medicamento?

Qual \_\_\_\_\_

11) Você tem diabetes? ( ) Sim ( ) Não

Toma algum medicamento?

Qual \_\_\_\_\_

12) Fez exames de sangue para identificação de rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus e outras doenças no início da gestação? ( ) Sim ( ) Não

13) Já teve alguma DST? ( ) Sim ( ) Não

Toma algum medicamento?

Qual \_\_\_\_\_

14) Toma algum calmante ou ansiolítico? ( ) Sim ( ) Não

Toma algum medicamento?

Qual \_\_\_\_\_

15) Fez uso de algumas das substâncias abaixo antes da gestação?

( ) bebidas alcoólicas ( ) Cigarros ( ) Maconha

( ) Cocaína ( ) Anfetaminas ( ) Heroína

Outras drogas \_\_\_\_\_

16) Foi uma gravidez planejada? ( ) Sim ( ) Não

Outras

informações: \_\_\_\_\_

#### Endereço para correspondência:

\* Profa. Dra. Evelise Aline Soares

Rua Gentil Pereira Dias, 240 – Jd. Aeroporto

CEP: 37130-000 Alfenas, MG

E-mail: alfenas2@hotmail.com