



CREMAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

Programa de Educação Médica
Continuada.



CREMAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE ALAGOAS

Jornada de Atualização Médica.

Piranhas - Alagoas

Resolução CFM 2386/2024

Não tenho nenhum conflito de interesse nesta aula.

RESTRIÇÃO TERAPÊUTICA NA GESTAÇÃO

Estratégia de Saúde da Família



Segurança Medicamentosa no Ciclo Gravídico.

Estratégia de Saúde da Família

Uso seguro de medicamentos durante a gravidez:

- Classificação de risco FDA
- Analgésicos e AINEs
- Anticonvulsivantes
- Anti-hipertensivos
- Antidiabéticos
- Antidepressivos e Antipsicóticos
- Antiparasitários e Antiasmáticos
- Antivirais
- Anti – histamínicos
- Drogas cardiovasculares
- Protetores gástricos
- Hipolipemiantes

IMPORTÂNCIA

64–93%

das gestantes usam ao menos um medicamento durante a gravidez

3^a–8^a

semanas: período crítico de organogênese e maior vulnerabilidade fetal

≥50%

das gestações não são planejadas — exposição inadvertida é frequente

DESTACAMOS:

- Nenhum medicamento é 100% seguro na gestação — sempre avaliar risco × benefício.
- Não tratar doenças graves (epilepsia, HAS, DM, infecções) pode ser mais perigoso que o tratamento.
- Prefira fármacos com maior experiência clínica e menor categoria de risco FDA.
- Registre no prontuário a justificativa para uso de fármacos categorias C ou D.



TERATOGENIDADE

Refere-se à capacidade de um fármaco causar anormalidade fetal, quando administrado à gestante

BARREIRA PLACENTÁRIA

A placenta não representa exatamente uma barreira, e qualquer droga pode atravessá-la em maior ou menor grau (por difusão passiva), , portanto, atingem a circulação fetal.

O estágio de desenvolvimento fetal pode determinar a segurança do uso de determinado fármaco ou não

Zigoto		Idade do embrião (semanas)						Período Fetal			
1	2	3	4	5	6	7	8	16	20-36	38	
											
								SNC			
		coração									
			membros superiores								
				olhos							
					membros inferiores						
						dentes					
							palato				
								genitália externa			
				ouvidos							

1- Período Pré embrionário (1ª e 2ª semana):

Tudo ou **Nada** .

- **Destrói todas ou maioria das células:**
 - **Resulta na morte do embrião;**
- **Danifica apenas algumas células**
 - **Permite que o concepto se recupere e o embrião se desenvolve normal;**

2 - Período embrionário – da 3ª até 8ª semana;

- O mais importante, levando a desfechos embrionários graves;

3 - Período fetal – a partir da 9ª semana

- Os efeitos se produzem principalmente em SNC (que continua se diferenciando), como também sobre o crescimento fetal;

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO FDA

Sistema de categorias (vigente até 2015, ainda amplamente utilizado na prática clínica)

A	SEGURO	Estudos controlados em humanos não demonstraram risco fetal.
B	PROVAVELMENTE SEGURO	Sem risco em animais e sem estudos em humanos adequados — ou risco em animais não confirmado em humanos.
C	RISCO NÃO EXCLUÍDO	Estudos em animais com efeitos adversos; sem estudos em humanos. Benefício pode justificar o risco.
D	RISCO EVIDENCIADO	Evidências de risco fetal em humanos, mas benefício pode superar o risco em situações graves.
X	CONTRAINDICADO	Risco fetal demonstrado. Riscos superam qualquer benefício. Contraindicado na gestação.

⚠ Desde 2015 o FDA adotou o sistema PLLR (textos descritivos), mas a classificação por letras ainda é referência didática e prática.

01

Analgésicos

Paracetamol · Dipirona · Opioides

ANALGÉSICOS NA GESTAÇÃO

Paracetamol

FDA: B

1ª ESCOLHA

- Analgésico e antipirético de primeira escolha em todos os trimestres.
- Usar menor dose eficaz (500–1000 mg a cada 6–8h; máx. 4 g/dia).
- Estudos recentes levantaram hipótese sobre TDAH/autismo em uso prolongado — sem causalidade estabelecida.

Dipirona (Metamizol)

FDA: —

CAUTELA

- Não aprovada nos EUA; amplamente usada no Brasil.
- Segura no 1º e 2º trimestres segundo consenso brasileiro (FEBRASGO / MS).
- Evitar no 3º trimestre: risco de fechamento prematuro do ducto arterioso.

Opioides (Morfina / Tramadol)

FDA: C

RESTRITO

- Uso apenas em dor intensa não responsiva a outros analgésicos.
- Riscos: síndrome de abstinência neonatal, depressão respiratória, prematuridade.
- Tramadol: evitar próximo ao parto. Codeína: contraindicada na amamentação.

02

AINEs e Corticosteroides

*Ibuprofeno · AAS · Prednisona ·
Betametasona*

ANTI-INFLAMATÓRIOS (AINEs) NA GESTAÇÃO

⚠ FDA (2020): Evitar AINEs após a 20ª semana — risco de oligidrânio e disfunção renal fetal.


Fármaco	FDA 1º/2º Trim.	FDA 3º Trim.	Situação / Observações
Ibuprofeno / Naproxeno	B	D — EVITAR	Contraindicado no 3º trim.: fecha ducto arterioso, IRA fetal
Diclofenaco / Cetoprofeno	B	D — EVITAR	Mesmos riscos. Uso tópico: menor absorção sistêmica
AAS (dose plena)	C	D — EVITAR	Antiagregação excessiva, fechamento ducto
AAS (baixa dose 75–150 mg)	B	B	INDICADO: prevenção pré-eclâmpsia (iniciar 12–16 sem.)
Prednisona / Prednisolona	C	C	Doenças autoimunes; maturação pulmonar (betametasona IM 24–34 sem.)
Betametasona / Dexametasona	C	C	Maturação pulmonar fetal — USO CONSAGRADO em pré-termo


03

Anticonvulsivantes

*Valproato · Carbamazepina · Lamotrigina ·
Levetiracetam*

ANTICONVULSIVANTES NA GESTAÇÃO

 **Nunca suspender anticonvulsivante abruptamente — crises convulsivas causam hipóxia fetal grave e podem ser fatais.**

Fármaco	FDA	Risco Principal	Observações
Ácido Valproico	D 	ALTO: espinha bífida 1–2%, malformações cardíacas, déficit cognitivo	Evitar sempre que possível. Pior perfil teratogênico.
Carbamazepina	D	Espinha bífida ~0,5–1%, déficits cognitivos	Ácido fólico 4–5 mg/dia obrigatório
Fenitoína	D	Síndrome fetal: fissura labial, hipoplasia digital	Evitar se possível
Fenobarbital	D	Malformações cardíacas, déficit cognitivo	Abstinência neonatal
Lamotrigina	C	Perfil mais favorável	Doses aumentam 50% na gestação — monitorar níveis
Levetiracetam	C	Dados emergentes favoráveis	Opção mais segura em consensos recentes

Suplementar ácido fólico 4–5 mg/dia para gestantes em uso de anticonvulsivantes (iniciar idealmente 3 meses antes da concepção).

04

Anti- hipertensivos

*Metildopa · Nifedipino · IECA
(CONTRAINDICADOS) · BRA*

ANTI-HIPERTENSIVOS NA GESTAÇÃO

Meta pressórica: PA sistólica 130–155 mmHg | PA diastólica 80–105 mmHg (valores mais permissivos para preservar perfusão uteroplacentária)

✓ PERMITIDOS / PREFERIDOS

Metildopa

FDA: B

1ª ESCOLHA — longa história de segurança

Nifedipino (lenta)

FDA: C

2ª linha; seguro. Também tocolítico

Hidralazina IV/IM

FDA: C

Crise hipertensiva aguda

Labetalol IV

FDA: C

Alternativa à hidralazina em crise

Propranolol

FDA: C

Possível RCIU e bradicardia neonatal

✗ CONTRAINDICADOS

IECA (Captopril, Enalapril)

FDA: D

Oligoidrâmnio, displasia renal, morte fetal — SUSPENDER ao confirmar gestação

BRA (Losartana, Valsartana)

FDA: D

Contraíndicados em toda a gestação — mesmo risco dos IECA

Espironolactona

FDA: D

Efeito antiandrogênico — risco de feminilização de feto masculino

Nitroprussiato

FDA: C

Toxicidade por cianeto fetal — somente emergência máxima, brevemente

05

Antidiabéticos

*Insulina · Metformina · Inibidores SGLT2
(CONTRAINDICADOS)*

ANTIDIABÉTICOS NA GESTAÇÃO

INSULINA — PADRÃO-OURO

FDA: B

Não atravessa a placenta. Insulinas NPH e Regular: Categoria B. Análogos (Lispro, Asparte, Detemir, Glargina): Categoria B/C com crescente evidência de segurança.

Metformina

FDA: B

2ª linha no DMG. Atravessa a placenta. Segura segundo estudos recentes; dados de longo prazo em crianças ainda limitados.

Glibenclamida

FDA: C

Atravessa a placenta mais que metformina. Risco de hipoglicemia neonatal. Não é primeira escolha.

Inibidores SGLT2

(Dapagliflozina, Empagliflozina)

CONTRAINDICADOS no 2º e 3º trimestres. Dados de segurança insuficientes.

FDA: C

Análogos GLP-1

(Liraglutida, Semaglutida)

CONTRAINDICADOS — dados em humanos insuficientes; toxicidade em animais.

FDA: C

06

Antidepressivos e Antipsicóticos

*Sertralina · Fluoxetina · Paroxetina (D) ·
Haloperidol · Lítio*

ANTIDEPRESSIVOS NA GESTAÇÃO

O risco de não tratar depressão/ansiedade grave pode ser tão sério quanto o risco medicamentoso para o binômio mãe-filho.

Fármaco	FDA	Situação	Observações Clínicas
Sertralina	C	1ª ESCOLHA	Maior experiência clínica. Perfil de segurança mais estudado.
Fluoxetina	C	SEGURA	Meia-vida longa — pode causar síndrome de adaptação neonatal.
Paroxetina	D	EVITAR	Associada a malformações cardíacas (CIV). Evitar na gestação.
Escitalopram	C	ACEITÁVEL	Dados razoáveis de segurança. Preferido ao citalopram.
Venlafaxina (IRSN)	C	ACEITÁVEL	Risco de HPPRN com uso no 3º trimestre.
Nortriptilina (tricíclico)	C	2ª LINHA	Dados históricos; preferida ao amitriptilino.
Benzodiazepínicos	D	EVITAR	Síndrome de abstinência neonatal; hipotonia neonatal ('floppy infant').

ANTIPSICÓTICOS NA GESTAÇÃO

Fármaco	FDA	Observações
Haloperidol (típico)	C	Mais dados históricos. Usado com segurança relativa.
Clorpromazina (típico)	C	Dados de longa data. Usado em êmese grave off-label em baixas doses.
Quetiapina (atípico)	C	Considerado entre os mais seguros dos atípicos. Monitorar glicemia.
Olanzapina (atípico)	C	Risco de diabetes gestacional e ganho ponderal excessivo.
Risperidona (atípico)	C	Dados razoáveis; monitorar prolactina e perfil metabólico.
Clozapina	B	Paradoxalmente B, porém uso restrito por agranulocitose e outros efeitos.
Lítio	D	Risco de anomalia de Ebstein (~0,05–0,1% absoluto). Monitorar níveis séricos de perto (metabolismo muito alterado na gestação). Ecocardiograma fetal.

Síndrome de adaptação neonatal (ISRS/IRSN no 3º trimestre): irritabilidade, tremores, dificuldade alimentar — geralmente autolimitada, mas requer monitoramento do RN.

07

Antiparasitários

Metronidazol · Albendazol · Cloroquina ·

08

Antiasmáticos e Broncodilatadores

*Salbutamol · Budesonida · Montelukaste ·
Teofilina*

ANTIASMÁTICOS NA GESTAÇÃO

Asma não controlada representa risco maior ao feto do que o tratamento. A hipóxia materna causa RCIU, pré-eclâmpsia e parto prematuro.

Fármaco	FDA	Situação	Observações
Salbutamol inalatório (SABA)	C	RESGATE — 1ª ESCOLHA	Broncodilatador de alívio de primeira escolha na gestação.
Budesonida inalatória (ICS)	B	CONTROLE — 1ª ESCOLHA	Corticoide inalatório preferencial. Melhor perfil de segurança.
Fluticasona inalatória	C	CONTROLE — ALTERNATIVA	Dados favoráveis; alternativa à budesonida.
Salmeterol / Formoterol (LABA)	C	MANUTENÇÃO	Seguros em combinação com ICS. Não usar em monoterapia.
Ipratrópio inalatório	B	ADJUVANTE	Anticolinérgico seguro como terapia adjuvante.
Montelucaste	B	MANUTENÇÃO	Pode ser mantido em gestantes que já usavam com bom controle.
Teofilina	C	ASMA MODERADA/GRAVE	Janela terapêutica estreita — monitorar níveis séricos (metabolismo alterado).

10

Antifúngicos,

*Grupos adicionais essenciais na prática da
ESF*

ANTIFÚNGICOS

Fármaco	FDA	Uso
Clotrimazol / Miconazol (tópicos)	B/C	SEGUROS — 1ª escolha candidíase vulvovaginal.
Nistatina (tópica/oral)	C	Segura. Candidíase oral e vulvovaginal.
Fluconazol oral 150 mg (dose única)	C→D	Dados conflitantes — EVITAR no 1º trim. Cursos longos: CONTRAINDICADOS.
Anfotericina B	B	Aceita para infecções fúngicas sistêmicas graves.

10

Anticoagulantes

*Grupos adicionais essenciais na prática da
ESF*

ANTICOAGULANTES

ANTIFÚNGICOS

Fármaco	FDA	Uso
Heparina Não Fracionada	C	Não atravessa a placenta. Emergências.
HBPM — Enoxaparina	B	1ª ESCOLHA: trombopprofilaxia e tratamento de TEV. Não atravessa a placenta.
Varfarina	D/X	CONTRAINDICADA: embriopatia varfarínica (6–12 sem.), hemorragia fetal. Exceção: próteses valvares mecânicas.
NOACs (Dabigatrana, Rivaroxabana)	C	CONTRAINDICADOS — atravessam a placenta, dados insuficientes.

10

Hormônios

Grupos adicionais essenciais na prática da ESF

SUPLEMENTOS, HORMÔNIOS E TIREOIDE

Fármaco	FDA	Indicação / Observações
Ácido Fólico	A	OBRIGATÓRIO: 0,4–0,8 mg/dia (4–5 mg em altrisco). Iniciar 3 meses antes.
Levotiroxina	A	Hipotireoidismo: segura e obrigatória. Doses costumam aumentar 25–30% na gestação.
PTU (Propiltiouracil)	D	Preferido no 1º trimestre para hipertireoidismo. Metimazol associado a aplasia cutis no 1º trim.
Progesterona vaginal	B	Prevenção de parto prematuro em colo curto.

11

Antivirais: Herpes na Gestação

Aciclovir · Valaciclovir · Herpes Simples · Varicela-Zóster

Herpes genital ativo no parto → risco 30–50% de transmissão vertical. Terapia supressiva com aciclovir a partir de 36 semanas reduz surtos e necessidade de cesariana.

*Varicela na gestação: Aciclovir 800 mg VO 5x/dia × 7 dias (iniciar em até 24h do rash).
Casos graves: Aciclovir 10–15 mg/kg IV a cada 8h.*

ANTIVIRAIS PARA HERPES NA GESTAÇÃO — SEGURANÇA E DOSES

Fármaco	FDA	Indicação	Segurança / Conduta	Dose Habitual
Aciclovir (Zovirax®)	B	HSV genital, varicela, zóster, herpes neonatal	1ª ESCOLHA — maior experiência acumulada na gestação. Sem teratogenicidade documentada. Aprovado ACOG/RCOG como 1ª linha.	Surto: 400 mg 3x/dia × 7–10d Supressão ≥36 sem.: 400 mg 3x/dia Varicela grave IV: 10–15 mg/kg a cada 8h
Valaciclovir (Valtrex®)	B	HSV genital (surto e supressão), zóster	SEGURO — pró-fármaco do aciclovir com maior biodisponibilidade. Dados de segurança crescentes. Alternativa equivalente.	Surto: 500–1000 mg 2x/dia × 5–10d Supressão ≥36 sem.: 500 mg 2x/dia
Fanciclovir (Famvir®)	B	HSV e zóster	USO LIMITADO — dados em humanos insuficientes. Usar somente se aciclovir/valaciclovir indisponíveis.	250 mg 3x/dia × 5d (evitar como 1ª linha na gestação)
Oseltamivir (Tamiflu®)	C	Influenza — referência comparativa	INDICADO na gestante com influenza — grupo de risco prioritário. Benefício supera risco em todos os trimestres.	75 mg 2x/dia × 5 dias Iniciar em até 48h dos sintomas

12

Anti- Histamínicos na Gestaçã

*1ª geração · 2ª geração
Rinite · Urticária · Prurido*

ANTI-HISTAMÍNICOS NA GESTAÇÃO — CLASSIFICAÇÃO E SEGURANÇA

Anti-histamínicos de 2ª geração (não sedantes) são PREFERIDOS na gestação: menor passagem placentária e ausência de sedação materna.

Fármaco	Geração	FDA	Segurança	Observações Clínicas
Loratadina	2ª	B	1ª ESCOLHA	Sem sedação. Sem efeitos anticolinérgicos. Maior banco de dados de segurança entre os de 2ª geração.
Cetirizina	2ª	B	1ª ESCOLHA	Excelente perfil. Leve sedação em alguns pacientes. Amplamente usada na gestação com segurança.
Fexofenadina	2ª	C	ACEITÁVEL	Dados em humanos mais limitados. Usar se necessário; preferir loratadina/cetirizina no 1º trimestre.
Desloratadina	2ª	C	ACEITÁVEL	Metabólito ativo da loratadina. Dados gestacionais limitados — preferir a loratadina.

ANTI-HISTAMÍNICOS NA GESTAÇÃO — CLASSIFICAÇÃO E SEGURANÇA

Anti-histamínicos de 2ª geração (não sedantes) são **PREFERIDOS** na gestação: menor passagem placentária e ausência de sedação materna.

Fármaco	Geração	FDA	Segurança	Observações Clínicas
Clorfeniramina	1ª	B	ACEITÁVEL	Dados históricos favoráveis. Sedação significativa. Alternativa quando 2ª geração indisponível.
Difenidramina	1ª	B	CAUTELA	Sedação intensa. Efeitos anticolinérgicos. Evitar no 3º trimestre: possível ↑ contrações em altas doses.
Hidroxizina	1ª	C	CAUTELA	Sedação intensa. Útil em prurido grave e urticária. EVITAR próximo ao parto: risco de depressão neonatal.
Prometazina (Fenergan®)	1ª	C	RESTRITO	Fenotiazínico. Sedação muito intensa. Uso como antiemético 2ª linha. Não usar IV em bolus — necrose tecidual.

13

Drogas Cardiovasculares na Gestação

*Arritmias · IC · Anticoagulação · Antiagregação
Manejo multidisciplinar obrigatório*

DROGAS CARDIOVASCULARES NA GESTAÇÃO

⚠ **Cardiopatia na gestação: mortalidade materna significativa. Manejo MULTIDISCIPLINAR obrigatório (cardiologista + obstetra). Nunca suspender antiarrítmico sem avaliação especializada.**

Fármaco / Grupo	FDA	Indicação	Segurança	Observações Clínicas
Digoxina	C	FA, flutter, IC sistólica	SEGURA	Histórico amplo. Monitorar nível sérico (0,5–0,9 ng/mL). Volume de distribuição aumentado na gestação.
Adenosina IV	C	TSVP	1ª ESCOLHA	Meia-vida ultracurta. 6 mg IV em bolus rápido. 1ª escolha para reverter TSVP na gestação.
Metoprolol	C	Arritmias, HAS, ICC	ACEITÁVEL	Beta-bloqueador preferível na gestação (vs. atenolol). Monitorar crescimento fetal.
Atenolol	D	HAS	EVITAR	Cat. D — associado a RCIU e bradicardia fetal. Substituir por metoprolol ou propranolol.
Verapamil	C	Arritmias SV, HAS	ACEITÁVEL	Alternativa para TSVP refratária à adenosina. Bradicardia fetal em doses altas.
Amiodarona	D	Arritmias refratárias	EVITAR	Hipo/hipertireoidismo fetal, bradicardia, RCIU. Usar SOMENTE em risco de vida materno sem alternativa.

DROGAS CARDIOVASCULARES NA GESTAÇÃO

⚠️ Cardiopatia na gestação: mortalidade materna significativa. Manejo MULTIDISCIPLINAR obrigatório (cardiologista + obstetra). Nunca suspender antiarrítmico sem avaliação especializada.

Fármaco / Grupo	FDA	Indicação	Segurança	Observações Clínicas
Furosemida	C	IC congestiva, edema pulm.	ACEITÁVEL	Usar pelo menor tempo possível. Pode reduzir volume placentário. Monitorar eletrólitos.
Hidralazina	C	IC, crise hipertensiva	SEGURA	Associar com nitratos em IC (substitui IECA contraindicados). Ver bloco anti-hipertensivos.
AAS 75–150 mg	B	Prevenção pré-eclâmpsia	INDICADA	Iniciar 12–16 semanas em gestantes de risco. Manter até o parto. Ver bloco AINEs.
Estatinas	X	Hipercolesterolemia	CONTRAINDICADAS	Suspender ao confirmar gestação. Ver bloco hipolipemiantes.
Warfarina	D	Anticoagulação	EVITAR	Embriopatia varfarínica 6–12 sem., hemorragia fetal 3º trim. Substituir por HBPM. Exceção: próteses valvares.
HBPM — Enoxaparina	B	TEV, anticoag. gestacional	1ª ESCOLHA	Não atravessa a placenta. Padrão-ouro para anticoagulação na gestação.

14

Protetores Gástricos na Gestação

Antiácidos · Anti-H₂ · IBP

DRGE afeta 50–80% das gestantes

PROTETORES GÁSTRICOS NA GESTAÇÃO

DRGE gestacional: progesterona relaxa o esfíncter esofágico inferior + útero aumenta pressão abdominal. Iniciar sempre com medidas posturais antes de farmacoterapia.

Fármaco / Grupo	FDA	Segurança	Indicação	Observações
Hidróxido Al+Mg	C	1ª ESCOLHA (sintomas leves)	DRGE leve, pirose	Seguros em uso ocasional. Preferir no 1º trim. Excesso de Al: constipação; Mg: diarreia.
Carbonato de cálcio	C	SEGURO	Pirose + suplemento Ca	Dupla função: antiácido + cálcio. Não usar com ferro (quelação). Evitar em hipercalcemia.
Alginate de sódio	—	SEGURO	Refluxo, DRGE leve/mod.	Ação mecânica local. Não absorvido sistemicamente. Seguro em todos os trimestres.
Famotidina	B	ACEITÁVEL (2ª linha H2)	DRGE moderada, úlcera	Preferível à ranitidina (retirada do mercado em 2020 por NDMA). Dados de segurança razoáveis.
Cimetidina	B	USO LIMITADO	Úlcera (2ª linha)	Efeitos antiandrogênicos em animais — evitar no 1º trim. se alternativa disponível.

H. pylori na gestação: adiar erradicação para após o parto se possível. Se necessário (2º/3º trim.): amoxicilina + claritromicina + IBP. EVITAR bismuto e metronidazol no 1º trimestre.

PROTETORES GÁSTRICOS NA GESTAÇÃO

DRGE gestacional: progesterona relaxa o esfíncter esofágico inferior + útero aumenta pressão abdominal. Iniciar sempre com medidas posturais antes de farmacoterapia.

Fármaco / Grupo	FDA	Segurança	Indicação	Observações
Pantoprazol (Pantozol®)	B	ACEITÁVEL (IBP preferido)	DRGE mod./grave, úlcera	Único IBP com Cat. B. Preferir ao omeprazol quando IBP necessário.
Lansoprazol (Prevacid®)	B	ACEITÁVEL	DRGE, úlcera	Cat. B. Dados comparáveis ao pantoprazol.
Omeprazol (Losec®, Peprazol®)	C	ACEITÁVEL (2ª/3ª linha)	DRGE refratária, H. pylori	IBP mais estudado. Dados tranquilizadores em grandes coortes. Preferir Cat. B no 1º trim.
Esomeprazol (Nexium®)	C	ACEITÁVEL (cautela 1º trim.)	DRGE grave	Usar se IBP Cat. B indisponível.
Sucralfato (Sucrate®)	B	SEGURO	Úlcera péptica, DRGE	Ação local — mínima absorção. Seguro em todos os trimestres. Pode causar constipação.


H. pylori na gestação: adiar erradicação para após o parto se possível. Se necessário (2º/3º trim.): amoxicilina + claritromicina + IBP. EVITAR bismuto e metronidazol no 1º trimestre.

15

Hipolipemiantes na Gestação


Estatinas (CONTRAINDICADAS — Cat. X)
Fibratos · Colestiramina · Ômega-3

HIPOLIPEMIANTES NA GESTAÇÃO

 **ESTATINAS — CATEGORIA X: ABSOLUTAMENTE CONTRAINDICADAS. Suspender imediatamente ao confirmar gestação. O colesterol é essencial ao desenvolvimento fetal (membranas celulares, esteróides, ácidos biliares).**

Fármaco / Grupo	FDA	Segurança	Conduta na Gestação	Observações
ESTATINAS (Sinvastatina, Atorvastatina, Rosuvastatina, Pravastatina)	X	CONTRAINDICADAS	SUSPENDER ao confirmar gestação	Inibem síntese de colesterol — essencial para SNC fetal. Potencial teratogênico. Risco de malformações do SNC e membros. Toda gestante em estatina deve ser orientada a suspender imediatamente.
Fibratos (Fenofibrato, Genfibrozil)	C	EVITAR	EVITAR — especialmente no 1º trim.	Dados insuficientes de segurança gestacional. Embriotóxicos em animais. Usar somente em hipertrigliceridemia grave (>1000 mg/dL) com risco de pancreatite — risco × benefício individualizado.
Colestiramina	C	ACEITÁVEL (casos selecionados)	Pode ser usada — mas com limitações	Resina de troca iônica — não absorvida sistemicamente. Usada em prurido colestático gestacional. Interfere na absorção de vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) e ácido fólico — suplementar.
Ezetimiba	C	EVITAR	EVITAR — dados insuficientes	Inibidor da absorção intestinal de colesterol. Atravessa a placenta em modelos animais. Dados em humanos muito escassos. Suspender ao confirmar gestação.

HIPOLIPEMIANTES NA GESTAÇÃO

 **ESTATINAS — CATEGORIA X: ABSOLUTAMENTE CONTRAINDICADAS.** Suspenda imediatamente ao confirmar gestação. O colesterol é essencial ao desenvolvimento fetal (membranas celulares, esteróides, ácidos biliares).

Fármaco / Grupo	FDA	Segurança	Conduta na Gestação	Observações
Ácido Nicotínico (Niacina)	C	EVITAR	EVITAR na gestação	Dados insuficientes. Doses farmacológicas (>1g/dia) podem ser teratogênicas. Doses nutricionais (≤35 mg/dia como vitamina): seguras.
Ômega-3 (ácidos graxos EPA/DHA)	C	SEGURO (doses nutricionais)	SEGURO — até 3g/dia de EPA+DHA	Benefícios para desenvolvimento neurológico fetal. Reduz triglicédeos moderadamente. Suplementação recomendada (200–600 mg DHA/dia). Doses >3g/dia: cautela (antiagregação plaquetária).
Coenzima Q10 (suplemento)	—	DADOS INSUFICIENTES	Sem dados adequados — evitar	Suplemento antioxidante. Estudos em pré-eclâmpsia sem resultados conclusivos. Sem evidência suficiente para recomendar ou contraindicar com base sólida.

Hipertrigliceridemia grave na gestação (>1000 mg/dL): risco de pancreatite aguda. Intervenção: dieta hipogordurosa rigorosa + ômega-3 em altas doses. Fibratos: último recurso, com avaliação especializada.

11

Antiparasitários na Gestação

*Metronidazol · Tinidazol · Secnidazol ·
Albendazol*

ANTIPARASITÁRIOS NA GESTAÇÃO

Metronidazol

FDA: B

CAUTELA

- Trichomonas, Giardia, amebíase e vaginose bacteriana.
- EVITAR no 1º trimestre. Uso no 2º e 3º trimestres considerado seguro.
- Alternativa no 1º trimestre: Clotrimazol vaginal para tricomoníase.

Tinidazol / Secnidazol

FDA: —

CAUTELA

- Alternativas ao metronidazol com dados de segurança mais limitados.
- EVITAR no 1º trimestre. Dose única favorece adesão ao tratamento.
- Secnidazol: poucos dados humanos — preferir metronidazol se disponível.

Nitazoxanida

FDA: C

RESTRITO

- Indicada para giardíase e criptosporidiose resistentes a outras drogas.
- Poucos estudos em gestantes — usar com cautela no 1º trimestre.
- Sem teratogenicidade documentada em estudos animais.

12

Anti-Helmínticos na Gestaçã

*Albendazol · Mebendazol · Ivermectina ·
Praziquantel*

ANTI-HELMÍNTICOS NA GESTAÇÃO

Albendazol

FDA: B

CAUTELA

- Geo-helmintos: Ascaris, Ancylostoma, Trichuris, Enterobius.
- EVITAR no 1º trimestre. OMS recomenda a partir do 2º trimestre em áreas endêmicas.
- 400 mg dose única (Ascaris, Enterobius) ou 400 mg/dia × 3 dias (Ancylostoma, Trichuris).

Mebendazol

FDA: —

CAUTELA

- Alternativa para nematoides intestinais. Absorção sistêmica mínima.
- EVITAR no 1º trimestre. Partir do 2º trim.: 100 mg 2x/dia × 3 dias.
- Menor risco teórico que albendazol por baixa biodisponibilidade oral.

Ivermectina

FDA: C

RESTRITO

- Estrongiloidíase, oncocercose, escabiose generalizada e pediculose resistente.
- EVITAR no 1º trimestre. Usar somente se benefício materno justificar o risco.
- Dose: 200 mcg/kg dose única. CONTRAINDICADA na amamentação de RN < 15 kg.

13

Escabicidas na Gestaçã

*Permetrina · Ivermectina · Enxofre
precipitado*

ESCABICIDAS NA GESTAÇÃO

Permetrina 5% (creme)

FDA: B

1ª ESCOLHA

- Tratamento de 1ª linha para escabiose em todos os trimestres da gestação.
- Aplicar do pescoço às solas dos pés, deixar agir 8–14h e lavar.

Enxofre Precipitado 6–10%

FDA: —

ACEITÁVEL

- Alternativa segura, especialmente no 1º trimestre quando há dúvida.
- Aplicar à noite por 3 noites consecutivas. Odor desagradável; lavar pela manhã.
- Boa opção em resistência à permetrina ou em baixa renda.

Ivermectina oral

FDA: C

RESTRITO

- Reservar para escabiose crostosa (norueguesa) ou falha terapêutica grave.
- EVITAR no 1º trimestre. Usar nos demais trimestres somente se necessário.
- Dose única 200 mcg/kg. CONTRAINDICADA na amamentação de RN < 15 kg.

14

Repelentes na Gestação

DEET · Icaridina · IR3535 · Citriodiol

REPELENTE NA GESTAÇÃO

Icaridina (Picaridina)

FDA: B

1ª ESCOLHA

- Repelente preferível na gestação: menor toxicidade sistêmica que DEET.
- Eficaz contra *Aedes aegypti* (Dengue, Zika, Chikungunya). Seguro em todos os trimestres.
- Concentrações 10–20%. Não danifica plásticos. Bem tolerado em pele sensível.

DEET (N,N-dietil-meta-toluamida)

FDA: —

ACEITÁVEL

- Repelente mais estudado. Concentrações até 50% consideradas seguras na gestação.
- Evitar no 1º trimestre se houver alternativa. Aplicar em pele exposta, nunca em mucosas.
- Lavar após retornar de área de risco. Não aplicar sob roupas.

IR3535 / Citriodiol (PMD)

FDA: C

CAUTELA

- IR3535: baixa toxicidade, eficácia moderada — aceitável na gestação.
- PMD (citriodiol): eficácia comparável à icaridina. Evitar em < 3 anos.
- Repelentes naturais (citronela, lavanda): eficácia insuficiente — NÃO recomendados em área de risco.

15

Tinturas e Alisamento Capilar

*Colorações · Relaxantes · Progressivas ·
Queratina*

TINTURAS E ALISAMENTOS CAPILARES NA GESTAÇÃO

Tinturas Capilares

FDA: B

CAUTELA

- Contêm aminas aromáticas (p-fenilenediamina) e peróxido de hidrogênio.
- Absorção cutânea pequena. EVITAR no 1º trimestre. Preferir mechas (sem contato com couro cabeludo).
- Usar em ambiente ventilado, com luvas, e lavar bem o couro cabeludo após o procedimento.

Alisamentos com Formol / Progressivas

FDA: —

EVITAR

- Formaldeído: agente mutagênico e potencialmente carcinogênico — CONTRAINDICADO na gestação.
- 'Progressivas sem formol' geralmente contêm metileno glicol (libera formaldeído ao ser aquecido).
- Guanidina e hidróxido de sódio: risco de absorção sistêmica — EVITAR, especialmente no 1º trimestre.

Queratina / Botox Capilar

FDA: C

RESTRITO

- Queratina com formol: CONTRAINDICADA — risco de inalação de vapores tóxicos.
- Queratina hidrolisada sem formol: mais segura, mas ausência de dados gestacionais.
- Botox capilar (proteínas, ácido hialurônico): uso tópico, risco baixo — cautela no 1º trimestre.

16

Cosméticos na Gestaçã

Hidratantes · Filtro Solar · Ácidos · Retinoides

COSMÉTICOS NA GESTAÇÃO

Filtro Solar e Hidratantes

FDA: B

SEGUROS

- Filtros físicos (TiO_2 , ZnO): **PREFERIDOS** — mínima absorção, seguros em todos os trimestres.
- Filtros químicos (avobenzona, octinoxato): absorção cutânea baixa — aceitáveis com cautela.
- Hidratantes sem retinol ou ácidos agressivos: seguros. Usar FPS \geq 30 diariamente.

Ácidos Cosméticos

FDA: —

CAUTELA

- Ácido azelaico (FDA B): **SEGURO** — 1ª escolha para melasma e acne na gestação.
- Ácido glicólico / mandélico em baixas concentrações (uso tópico): absorção mínima — aceitáveis.
- Ácido salicílico $>$ 2% em uso extenso: **EVITAR** — relação estrutural com AINEs, risco teórico.

Retinoides e Clareadores

FDA: C

PROIBIDO

- Tretinoína tópica (FDA D), Adapaleno, Tazaroteno (FDA X): **CONTRAINDICADOS**.
- Isotretinoína oral (FDA X): **teratogênica** — suspender 1 mês antes da concepção.
- Hidroquinona (FDA C): **EVITAR** — absorção sistêmica documentada. Preferir ácido azelaico.



MENSAGEM FINAL

"O melhor medicamento para a gestante é aquele que, prescrito criteriosamente, trata a doença sem prejudicar o concepto."

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. *Gestação de Alto Risco: Manual Técnico*. 5. ed. Brasília: MS, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres*. Brasília: MS, 2016.
3. FEBRASGO. *Manual de Orientação ao Pré-Natal de Baixo Risco*. São Paulo: FEBRASGO, 2022.
4. BRIGGS GG, FREEMAN RK, TOWERS CV, FORINASH AB. *Drugs in Pregnancy and Lactation*. 12. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.
5. KATZUNG BG. *Farmacologia Básica e Clínica*. 14. ed. Porto Alegre: AMGH, 2021.
6. ACOG Practice Bulletin No. 203. *Chronic Hypertension in Pregnancy*. *Obstet Gynecol*, 2019.
7. ACOG Practice Bulletin No. 230. *Gestational Diabetes Mellitus*. *Obstet Gynecol*, 2021.
8. OMS. *WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia*. Geneva: WHO, 2011.
9. U.S. FDA. *Pregnancy and Lactation Labeling Rule (PLLR)*. Federal Register, 2014. www.fda.gov.
10. ANVISA. *Bulário Eletrônico*. Disponível em: consultas.anvisa.gov.br.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes SBD 2022–2023*. São Paulo: SBD, 2023.
12. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. *Arq Bras Cardiol*, 2021.

Obrigada 

Gilza M^a Soares Bulhoes Calheiros
Médica Ginecologista e Obstetra
RQE 515
Conselheira CREMAL

