



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.

Batalha - Alagoas

Resolução CFM 2386/2024

Não tenho nenhum conflito de interesse nesta aula.

RESTRIÇÃO TERAPÊUTICA NA GESTAÇÃO

Estratégia de Saúde da Família



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		
semanas	1	2	3	4	5	6	7	8	16	20-36	38
silhueta											



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.

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.

**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

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
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).

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

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 . 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

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.

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
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.

ANTIPSICÓTICOS NA GESTAÇÃO

Fármaco	FDA	Observações
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.

08

Antiasmáticos e Broncodilatadores

**Salbutamol · Budesonida · Montelucaste
· 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.

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
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

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,
Suplementos.**

**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 alto risco). 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

ANTIVIRAIS PARA HERPES NA GESTAÇÃO — SEGURANÇA E DOSES

Fármaco	F D A	Indicação	Segurança / Conduta	Dose Habitual
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	Geraç ão	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

Fármaco	Geração	FD A	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	FD A	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.
Metoprolol	C	Arritmias, HAS, ICC	ACEITÁVEL	Beta-bloqueador preferível na gestação (vs. atenolol). Monitorar crescimento fetal.

DROGAS CARDIOVASCULARES NA GESTAÇÃO

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

Fármaco / Grupo	FD A	Indicação	Segurança	Observações Clínicas
Atenolol	D	HAS	EVITAR	Cat. D — associado a RCIU e bradicardia fetal. Substituir por metoprolol ou propranolol.
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	FD A	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.

DROGAS CARDIOVASCULARES NA GESTAÇÃO

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

Fármaco / Grupo	FD A	Indicação	Segurança	Observações Clínicas
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	FD A	Segurança	Indicação	Observações
Famotidina	B	ACEITÁVEL (2ª linha H2)	DRGE moderada, úlcera	Preferível à ranitidina (retirada do mercado em 2020 por NDMA). Dados de segurança razoáveis.
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.

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	FD A	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.
Alginato de sódio	—	SEGURO	Refluxo, DRGE leve/mod.	Ação mecânica local. Não absorvido sistemicamente. Seguro em todos os trimestres.

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	FD A	Segurança	Indicação	Observações
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 colestatóico 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

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
Ômega-3 (ácidos graxos EPA/DHA)	C	SEGURO (doses nutricionais)	SEGURO — até 3g/dia de EPA+DHA	Benefícios para desenvolvimento neurológico fetal. Reduz triglicerídeos 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

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.**

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 Gestação

**Albendazol · Mebendazol · Ivermectina ·
Praziquantel**

ANTI-HELMÍNTICOS NA GESTAÇÃO

Albendazol

FDA: B

CAUTELA

- Geo-helminhos: *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 Gestação

**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.



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. Sociedade Brasileira de Diabetes. *Diretrizes SBD 2022–2023*. São Paulo: SBD, 2023.
5. Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial*. Arq Bras Cardiol, 2021.

Obrigada 

Gilza M^a Soares Bulhoes Calheiros
Médica Ginecologista e Obstetra
CRM AL 1877 /RQE 515
Conselheira CREMAL