

Wilson Brum Trindade Junior  
Rogério Dias Renovato  
Glauca Gabriel Sass

# *Manual Educativo*

SOBRE BOAS PRÁTICAS PARA  
PRESCRIÇÃO DE

# *Medicamentos*

PELO ENFERMEIRO

DOURADOS, MS  
2017

**PPGES**

Mestrado  
Profissional

**Ensino em Saúde**

**MANUAL EDUCATIVO SOBRE  
BOAS PRÁTICAS PARA  
PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS  
PELO ENFERMEIRO**

**Apoio:**



**GOVERNO  
DO ESTADO**  
Mato Grosso do Sul



Chamada FUNDECT/CAPES N° 44/2014 – PAPOS-MS

T753m Trindade Jr., Wilson Brum  
Manual educativo sobre boas práticas para prescrição  
de medicamentos pelo enfermeiro/ Wilson Brum  
Trindade Junior. – Dourados, MS: UEMS, 2017.  
84p.

ISBN: 978-85-99540-90-9

Produto técnico (Mestrado) – Ensino em Saúde –  
Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, 2017.  
Orientador: Prof. Dr. Rogério Dias Renovato.  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Glaucia Gabriel Sass.

1. Práticas educativas em saúde 2. Segurança do  
paciente 3. Enfermagem em saúde pública I.  
Renovato, Rogério Dias. II. Sass, Glaucia Gabriel III.  
Título

CDD 23. ed. - 610.7

## APRESENTAÇÃO

Esse Manual configura-se como um produto técnico-educativo e originou-se como parte integrante da Pesquisa de Mestrado Profissional em Ensino em Saúde intitulada “Práticas Educativas Sobre Prescrição de Medicamentos por Enfermeiros da Atenção Primária”. Foi elaborado pelo Professor e Enfermeiro Wilson Brum Trindade Junior sob a orientação do Professor Dr. Rogério Dias Renovato e coorientação da Professora Dra. Glaucia Gabriel Sass, tendo como um de seus objetivos, oferecer apoio teórico e educativo aos enfermeiros prescritores de medicamentos de acordo com normativas protocoladas e aprovadas nas Secretarias Municipais de Saúde do Estado do Mato Grosso do Sul.

O material tem como objetivo proporcionar maior segurança ao enfermeiro prescritor de medicamentos na Atenção Primária em Saúde, seguindo recomendações de boas práticas em prescrição durante consulta de enfermagem, favorecendo aos seus pacientes, melhor qualidade no tratamento destes usuários da Rede de Saúde Pública Municipal.

Nesse manual o profissional da enfermagem encontrará legislações específicas sobre o exercício profissional no que diz respeito à prescrição de medicamentos, permite entender o processo que envolve a administração de medicamentos e os principais eventos adversos dentro do processo da medicação, bem como, introduzir o uso racional de medicamentos e a prática para uma prescrição segura durante a consulta de enfermagem.

Boa Leitura.

Os autores:

Wilson Brum Trindade Junior  
Rogério Dias Renovato  
Glaucia Gabriel Sass



## GLOSSÁRIO

**Consulta de Enfermagem** = é a consulta do enfermeiro desenvolvida obrigatoriamente na Assistência de Enfermagem, seja em instituições públicas ou privadas.

**Sistematização da Assistência de Enfermagem** = é a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, nos quais ocorre o cuidado Profissional de Enfermagem.

**Uso Racional de Medicamentos** = é a prescrição apropriada do medicamento; a disponibilidade, preços acessíveis, dispensação adequada, doses indicadas, intervalos e período de tempo adequado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade.



# SUMÁRIO

## CAPÍTULO I

1. Considerações iniciais .....	9
1.1 Objetivo .....	10
1.1.1 Objetivos Específicos .....	10

## CAPÍTULO II

<b>2. LEGISLAÇÕES</b> .....	11
2.1 Lei 7.498 de 1986 .....	11
2.2 Decreto nº 94.406 de 8 de Junho de 1987 .....	12
2.3 Resolução COFEN 195 de 18 de Fevereiro de 1997 .....	12
2.4 Resolução 311 de 8 de Fevereiro de 2007 .....	13
2.5 Resolução COFEN nº 358 de 15 de Outubro de 2009 .....	13
2.6 Portaria MS nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011 .....	14
2.7 Lei 12.842 de 10 de Julho de 2013 .....	14

## CAPÍTULO III

<b>3. ERROS DE MEDICAÇÃO</b> .....	15
3.1. Tipos de erros de medicação .....	15
3.1.1 Erros de Prescrição .....	16

## CAPÍTULO IV

<b>4. PRÁTICAS SEGURAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS</b> .....	17
4.1. Tipos de Prescrição de Medicamentos .....	17
4.2. Os 10 itens a ser seguido pelos enfermeiros para prescrição segura de medicamentos .....	18
4.2.1. Identificação do paciente .....	18
4.2.2. Identificação do prescriptor .....	18
4.2.3. Identificação da unidade .....	18
4.2.4. Identificação da data .....	19
4.2.5. Legibilidade .....	19
4.2.6. Compreensão e orientação .....	19
4.2.7. Não usar abreviaturas .....	19
4.2.8. Denominação dos medicamentos .....	20
4.2.9. Expressão de doses .....	20
4.2.10 Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes .....	20
4.3. Alergias aos medicamentos .....	21
4.4 Indicação, cálculos e quantidade de medicamentos .....	21

4.5. Duração do tratamento .....	21
4.6 Não utilização de expressão vagas .....	22
4.7. Recomendações adicionais importantes na prescrição.....	22
4.8 Prescrição informatizada .....	22

## **CAPÍTULO V**

<b>5. CONSULTA DE ENFERMAGEM E A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTO</b> ....	23
5.1 O enfermeiro e o Uso Racional de Medicamentos.....	23
5.2 Estrutura para prescrição do enfermeiro .....	24
5.2.1 Estrutura de prescrição de uso oral.....	25
5.2.2 Estrutura de prescrição de uso tópico.....	26
5.2.3 Estrutura de prescrição de uso intramuscular.....	27
5.2.4 Estrutura de prescrição de uso subcutâneo.....	28
5.3 Orientações gerais sobre os medicamentos .....	29
QUADRO 05. Medicamentos e orientações sobre interações medicamentosas com alimentos e gerais a serem prescritas na Saúde da Criança.....	29
QUADRO 06. Orientações sobre interações medicamentosas com alimentos e orientações gerais a serem prescritas no manejo da Dengue.....	36
QUADRO 07. Orientações sobre interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para diabéticos.....	37
QUADRO 08. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para pacientes com lesões devido diabetes .....	42
QUADRO 09. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para pacientes com hipertensão.....	48
QUADRO 10. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas na Saúde da Mulher .....	57
QUADRO 11. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas nas IST's .....	68
QUADRO 12. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para Tuberculose .....	75
<b>6. Considerações Finais</b> .....	79
<b>7. Referências Bibliográficas</b> .....	81

## CAPÍTULO I

### 1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A prescrição de medicamentos é o "ato de definir o medicamento a ser consumido pelo paciente, com a respectiva dosagem e duração do tratamento" (BRASIL, 1998, p.14). Esta ação deve ser realizada de forma clara e segura, evitando danos ou outros eventos adversos que possam prejudicar o paciente.

Eventos adversos relacionados a medicamentos são problemas comuns em instituições de saúde, com números que atingem a marca de 400.000 eventos adversos nas instituições hospitalares, nos Estados Unidos da América, provocando mais de 7.000 mortes por ano (BRASIL, 2013). No Brasil são mais de 8.000 mortes por ano, e os erros de medicação correspondem a 7% das internações hospitalares (NASCIMENTO *et al.*, 2016; BRASIL, 2017).

Entende-se por prescritores os "profissionais de saúde credenciados para definir o medicamento a ser usado" (BRASIL, 1998, p.15). Em países como a Austrália, África do Sul, Canadá, Estados Unidos da América, Espanha, Holanda, Irlanda, Noruega, Reino Unido, existem normativas e legislações para prescrições de medicamentos por enfermeiros. O Reino Unido é considerado, também, um dos países com maior número de Leis e incentivo à prescrição pelo enfermeiro. O governo investiu na categoria, financiou a expansão da prática de prescrição, o que resultou em eficácia na segurança da ação da prescrição de medicamento pelo profissional enfermeiro (GIELEN *et al.*, 2014; MARTINIANO *et al.*, 2015; OLIVEIRA, 2016).

No Brasil, com a Constituição Federal de 1988, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a reorganização da saúde, o país passou por tentativas de mudança no cenário de atenção a saúde, ainda, de forma lenta; mas com expectativas de mudanças de um modelo hospitalocêntrico e biomédico com a valorização tecnicista e curativa para ações preventivas de educação em saúde valorizando o cuidar em saúde, atendendo realidades da população, o que desde o ano de 1994, com a criação do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), tem avançado na atenção à saúde, destacando o profissional enfermeiro como um dos protagonistas neste cenário (CARNEIRO, 2008).

Com a publicação da Lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, Lei nº 7.498 de 1986 e Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987, garantindo entre outras atribuições, a prescrição de medicamentos pelo enfermeiro, conforme descrito a seguir neste manual, o Conselho Federal de Enfermagem publicou normativas regulamentando a Consulta de Enfermagem na Resolução nº 150/1993, Resolução nº 272/2002 e Resolução nº 358/2009, com atribuições para Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Portarias que Regulamentam a Política Nacional de Atenção Básica em Saúde como a Portaria GM 648/2006 e a Portaria GM 2.488/2011 e atualmente com Portaria GM 2.436/2017 instituíram as diretrizes nacionais à ESF mantendo o ato de prescrever medicamentos pelos enfermeiros, que serão tratados neste manual.

A proposta da criação do **Manual Educativo sobre Boas Práticas de Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro** ocorreu durante a realização da pesquisa "Práticas Educativas Sobre uso Racional de Medicamentos pelos Enfermeiros da Atenção Primária" do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* Ensino em Saúde - Mestrado Profissional da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul, aprovado em Comitê de Ética de Pesquisa com Seres Humanos com o Protocolo nº 1.858.312/2016, tornado este material em um dos produtos técnicos educativos da pesquisa.

A confecção do manual educativo teve início durante a Prática Educativa em Saúde, que foi realizada com os enfermeiros do município de Dourados - Mato Grosso do Sul, após a publicação do Protocolo CFT/SMS nº 06 denominado de Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro, publicado em Resolução nº 20, de 28 de abril de 2017, em Diário Oficial do Município de Dourados nº 4.442.

Com o propósito de contribuir na busca pelo conhecimento de suas legislações, normativas e seus limites, relacionadas à prescrição de medicamentos praticada pelo enfermeiro como integrante da equipe de saúde, o manual tem entre suas finalidades colaborar e reforçar a autonomia profissional do enfermeiro na Atenção Primária (DOMBROWSKI *et al.*, 2013).

A confecção deste manual educativo baseou-se em outros referenciais teóricos, como o Anexo nº 3 da Portaria MS nº 2.095 de 24 de setembro de 2013, intitulado como "Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos", coordenado pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

## **1.1 Objetivo**

Proporcionar ao enfermeiro da Atenção Primária em Saúde, um produto técnico educativo no intuito de auxiliá-lo em suas prescrições de medicamentos, seguindo passos necessários para uma prática segura de prescrição.

### **1.1.1 Objetivos Específicos**

- Colaborar com a prática segura de prescrição de medicamentos, diminuindo erros, durante a consulta do enfermeiro;
- Fomentar o ato de prescrever medicamentos, vinculado à Política Nacional de Assistência Farmacêutica;
- Incentivar o uso racional de medicamentos pelos enfermeiros da Atenção Primária à Saúde;
- Demonstrar exemplos de prescrição de medicamentos seguros aos pacientes.

## CAPÍTULO II

### 2. LEGISLAÇÕES

A prescrição de medicamentos pelo enfermeiro é considerada uma prática legal e avançada da profissão, que necessita além de conhecimento técnico, também exige confiança profissional do enfermeiro (BELLAGUARDA *et al.*, 2015). As práticas avançadas em enfermagem é respaldada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras (CIE) no qual é necessário para o enfermeiro formação específica para exercer tal atividade, podendo ser aquele especialista ou mestre em determinada área, ação esta reconhecida internacionalmente e conduzida nos vários níveis de atenção à saúde em todo mundo, enquanto que no Brasil, limita-se a Atenção Primária em Saúde (APS) (OGUISSO, FREITAS, 2007).

Apesar da limitação da prática na APS, ainda não se percebe avanços significativos na prescrição de medicamentos por enfermeiros. Em estudos internacionais a experiência com medicamentos e o enfermeiro tem apresentado sucesso, as experiências destes estudos devem ser compartilhadas, o que colabora com avanços e superação de desafios nas práticas dos enfermeiros no Brasil (MARTINIANO, 2016, ROSS, 2015).

Legislações do Ministério da Saúde têm contemplado o tema prescrição de medicamentos pelos enfermeiros, ora se contradizem visivelmente, confundindo o ato de prescrever pelo enfermeiro, como observado na Portaria nº 184 de 3 de fevereiro de 2011 sobre o "Programa Nacional de Farmácia Popular do Brasil" que obriga as farmácias reterem a prescrição com o número do Conselho Regional de Medicina (CRM) do prescritor na liberação do medicamento ao paciente, o que exclui a prescrição do enfermeiro e outros profissionais de saúde prescritores. A Lei nº 12.842/13 conhecida como Lei do Ato Médico, foi aprovada com alguns vetos entre eles, não ficando privativo ao profissional o diagnóstico e prescrição de medicamentos (SOUSA, 2015), o que causou insatisfação por parte da categoria, a não garantia do privativo ao ato de prescrever (MARTINIANO, 2016).

No entanto, o tema legislações é tratado neste capítulo, e estão descritas a seguir algumas legislações com atribuições específicas para os enfermeiros, bem como as principais Leis, Decretos, Portarias e Resoluções na área de enfermagem, entre outras, com destaque para Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1996 e Decreto Federal nº 94.406 de 8 de Junho de 1987.

#### 2.1. Lei do Exercício Profissional nº 7.498 de 25 de Junho de 1986

Essa lei "Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e da outras providências" e esta garantido em seu artigo primeiro a seguinte redação "É livre o exercício da Enfermagem em todo território nacional; observadas as disposições desta Lei", o que garante então no seu Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: na secção II como parte integrante da equipe de saúde na alínea c - "prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde" (BRASIL, 1986, p. 04).

Medicamentos que podem ser prescritos por enfermeiros nos programas de saúde, devem estar previamente aprovados em protocolos, apresentados em capacitações, o que oportunizam um melhor preparo, qualificação profissional e contribui para a segurança do enfermeiro no ato de prescrever os medicamentos (CARNEIRO *et al.*, 2008).

Países que adotaram a extensão do direito à prescrição de medicamentos pelo enfermeiro tiveram como principais resultados a contribuição na eficiência e eficácia do atendimento e tratamento ao paciente (GIELEN *et al.*, 2014). No Reino Unido, esta prática existe desde 1989 vem ganhando força nos últimos anos, e desde o ano de 2012, enfermeiros prescrevem drogas controladas, desde que sejam dentro de suas áreas de atuação profissional (ROSS, 2015).

Portanto, é importante destacar o respaldo ético legal da prescrição de medicamentos por enfermeiros e que estas práticas podem ser ampliada e regulamentada dentro do município, conforme feito pela Secretaria Municipal de Saúde de Dourados aprovando o "Protocolo 6 -

Prescrição de medicamentos pelos profissionais", garantindo ao enfermeiro prescrever medicamentos protocolados conforme determina a Lei.

Espera-se que os benefícios apontados pelos países europeus, estenda-se até nossa realidade local, favorecendo novas práticas de cuidar e principalmente contribuir com um melhor cuidado em saúde aos usuários do SUS.

## 2.2. Decreto Federal nº 94.406 de 8 de Junho de 1987

Este Decreto regulamenta a Lei nº 7.498 de 25 de Junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências descritas no Artigo 8, da seção II, considerando o enfermeiro como parte integrante de equipe de saúde na alínea "C" garante também a "**prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina pela instituição de saúde**" (BRASIL, 1987, p. 01), incluindo a palavra **PREVIAMENTE** no texto da Lei.

Mais uma legislação que regulamenta e garante a prescrição de medicamentos previamente aprovados nas instituições de saúde pública, o que diferencia de países como o Reino Unido, por exemplo, onde enfermeiros prescritores podem prescrever em instituições públicas e privadas e são divididos em três modalidades, INDEPENDENTE, COMPLEMENTAR e GRUPO PROTOCOLOS (GIELLEN *et al.*, 2014; ROSS, 2014; MARTINIANO *et al.*, 2016).

Os prescritores INDEPENDENTES são aqueles profissionais capacitados e autorizados a realizar a avaliação clínica, diagnosticar e prescrever determinados medicamentos; os prescritores COMPLEMENTARES também conhecidos como suplementares, colaborativos ou semi-autônomos, caracterizados pela parceria com prescritores independentes, médicos ou dentistas, geralmente é recomendado fazer a prescrição após a avaliação e o diagnóstico por outro profissional habilitado; e a prescrição de GRUPO PROTOCOLOS, ou prática comunitária, elaborado por uma equipe multidisciplinar, prescrição para um grupo específico, com determinadas características clínicas (GIELLEN *et al.*, 2014), semelhante ao tipo de prescrição realizado no Brasil (MARTINIANO *et al.*, 2016).

Estes profissionais prescritores passam por capacitações com aulas teóricas e práticas, dependendo da modalidade de prescritor; a duração da capacitação pode chegar a seis meses, também é necessário o mínimo de três anos de experiência como enfermeiro. O Reino Unido investiu nesta prática nas últimas décadas e tem avançado, melhorando os cuidados com os pacientes, beneficiam os serviços de saúde, reduzem custos em internação hospitalar e permitem mais autonomia ao enfermeiro (ROSS, 2015).

## 2.3. Resolução COFEN 195 de 18 de Fevereiro de 1997

A Resolução COFEN 195 de 18 de fevereiro de 1997, **Dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro**, tendo em vista os vários Programas do Ministério da Saúde e principalmente "considerando que a não solicitação de exames de rotina e complementares quando necessários para a prescrição de medicamentos é agir de forma omissa, negligente e imprudente, colocando em risco seu paciente" (BRASIL, 1997, p.01), assim conforme Artigo 1º. "*O enfermeiro pode solicitar exames de rotina e complementares quando no exercício de suas atividades profissionais*" (COFEN, 1997).

Sobre a solicitação de exames e prescrição de medicamentos o COFEN aprovou a Resolução nº 271 de 2002, mais adiante ao entender que esta resolução era desnecessária devido Lei do Exercício Profissional e Resolução 195/1997, o Conselho Federal revogou a mesma em **Resolução COFEN nº 317 de 2007**.

Em pesquisa feita sobre as atribuições dos enfermeiros na Atenção Primária, relacionada às diversas ações de enfermagem e a solicitação de exames, verificou-se que os profissionais dão mais ênfase na ação em si, de "solicitar exames" do que a importância da consulta de enfermagem. É importante realçar que a consulta de enfermagem é uma das principais atribuições do enfermeiro, não podendo ser entendida apenas como triagem e verificação de sinais vitais (COSTA *et al.*, 2013).

## **2.4. Resolução 311 de 8 de Fevereiro de 2007**

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem faz menção à prescrição de medicamentos pelo enfermeiro nas Proibições da Seção I Das Relações com Família e Coletividade, em seu *Art. 31 "Prescrever medicamentos e praticar ato cirúrgico, exceto nos casos previstos na legislação vigente e em situação de emergência"*. Este artigo proíbe prescrever medicamentos, porém os previstos em legislação como já mencionado na Lei nº 7.498/86, Decreto nº n. 94.406/87, PNAB de 2011, protocolos aprovados, e em situações de emergência cabe ao profissional realizar a prescrição.

Outros artigos relacionados a medicamentos são os artigos 30 e 32 que se dispõem da seguinte forma: *Art. 30 "Administrar medicamentos sem conhecer ação da droga e sem certificar-se da possibilidade de riscos"*, configura-se em tratar da segurança do paciente, em que para executar a tarefa da administração do fármaco é necessário conhecer ações e interações do medicamento, avaliando os riscos possíveis da execução desta tarefa.

No *Art. 32 "Executar prescrição de qualquer natureza, que comprometam a segurança da pessoa"*. Esse texto vem proibir qualquer prescrição realizada pelo enfermeiro que irá comprometer a segurança do paciente, seja na prescrição de cuidados oriundos da SAE ou na prescrição de medicamentos, após Consulta de Enfermagem na Atenção Primária na utilização de protocolo de prescrição de medicamentos.

## **2.5. Resolução COFEN nº 358 de 15 de Outubro de 2009**

Essa Resolução aprova e regulamenta a "Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, nos quais ocorre o cuidado profissional de enfermagem" e tem como objetivo delegar as diretrizes para a realização da consulta de enfermagem (COFEN, 2009).

O processo de enfermagem é organizado em cinco etapas inter-relacionadas entre si, com o objetivo de formatar o modelo que respalda as consultas a serem realizadas pelos enfermeiros, seguidas conforme a descrição feita no texto abaixo:

I - Coleta de dados de Enfermagem (ou Histórico de Enfermagem) - processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade obtenção de informações sobre pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem - processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III - Planejamento de Enfermagem - determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face à respostas da pessoas família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

I - Implementação - realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem" (COFEN, p. 01 2009).

Desta forma, o enfermeiro realiza o processo de enfermagem baseado em um suporte teórico, que o fundamenta e orienta a realizar suas ações de assistência de forma organizada e sistematizada, contribuindo no cuidado do seu paciente.

A utilização da SAE deve ser implementada na prática profissional, introduzida no cotidiano do enfermeiro, garantindo maior autonomia aos profissionais, qualificando cientificamente o cuidado. Desta forma contribui com maior segurança e qualidade na assistência de enfermagem prestada aos pacientes por ele atendido (SANTANA *et al.*, 2016). A prescrição dos medicamentos por enfermeiros devem ser precedidas após consulta de enfermagem, avaliação do profissional e do diagnóstico de enfermagem (BALLAGUARDA *et al.*, 2015).

## 2.6. Portaria GM nº 2.488 de 21 de Outubro de 2011

Desde o ano de 2006, com a Portaria nº 648 de 28 de Março de 2006, o Ministério da Saúde estabeleceu atribuições ao enfermeiro para a prescrição de medicamentos, porém questionada pela categoria médica, como uma ação que estaria interferindo a prática médica e solicitada sua suspensão pelo Conselho Federal de Medicina (COFEN), ação esta sem sucesso. Mais adiante, no ano de 2011, com a nova Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) mantida pelo Ministério da Saúde, a prescrição de medicamentos previamente aprovados em protocolos (MARTINIANO, 2015).

A Portaria nº 2.488/2011 dispõe sobre a PNAB, revisou diretrizes para melhorar o funcionamento das ESF's e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em que é possível verificar as responsabilidades das esferas de governo, gestão e atribuições dos membros das equipes da Atenção Básica.

Entre as atribuições específicas do enfermeiro destacamos o item II que explica o seguinte:

"Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo e conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, solicitar exames complementares, **prescrever medicações** e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços;" (BRASIL, p. 46, 2011).

Mais uma vez o Ministério da Saúde mantém normativa e assegura as atribuições previstas em Lei do Exercício Profissional do Enfermeiro, em que esta prática de prescrição, não compromete o tratamento ou diagnóstico médico e nem fere a autonomia profissional do médico (MARTINIANO, 2015).

## 2.7. Lei nº 12.842 de 10 de Julho de 2013

Essa Lei dispõe sobre o Exercício Profissional da Medicina, também conhecida como "Lei do Ato Médico". Em proposta original de Lei, artigos, especificavam algumas condutas em cuidar em saúde, liberadas somente após prescrição do médico. Porém alguns destes artigos foram vetados, como exemplo o ato da PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS, ser privativo do médico. Após veto, a menção à prescrição de medicamentos, não incluído na presente Lei aprovada no ano de 2013 (BRASIL, 2013).

Por mais que existem legislações que garantam a prescrição de medicamentos e condutas práticas bem sucedidas no âmbito das ESF's, ainda sim, são alvos de severos questionamentos, infundindo críticas sobre as novas políticas públicas para a saúde brasileira, um modelo valorizando as ações de promoção, proteção e atenção integral a saúde das pessoas; competências reservadas aos profissionais da enfermagem, e que são essenciais à universalização do acesso à saúde (BORGES, 2010).

Estas políticas advindas desde a reformulação da Saúde no Brasil com a criação do SUS favoreceram a expansão da atenção à saúde através do Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, e depois repassado as ESF's, disponibilizaram conjuntos de ações através dos Cadernos de Atenção Básica que abordam temas de situação problema e prescrição de medicamentos para enfermeiros, médicos e dentistas (MARTINIANO *et al.*, 2016).

## CAPÍTULO III

### 3. ERROS DE MEDICAÇÃO

O uso da terapia medicamentosa pode ter vários efeitos, desde os de caráter preventivo, diagnóstico, terapia, cura, alívio de sintomas, entre outros. A manipulação destes medicamentos, seu preparo ou administração das medicações, são uma das principais atividades da equipe de enfermagem, onde a utilização indevida destes medicamentos, são causas de erros, danos e até a morte dos pacientes. No Brasil, ocorrem cerca de 8.000 mortes por ano relacionados a erros de medicação (NASCIMENTO *et al.*, 2016, BRASIL, 2011).

O termo erro de medicação entende-se como "qualquer evento evitável que cause ou induza o uso inadequado de um medicamento, estando a medicação no controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor", podendo causar danos (COREN/SP, 2015).

A Portaria nº 529 de 1º de Abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), atribuiu recomendações importantes às três esferas de governo e instituições de saúde públicas ou privadas, e definiu conceitos relacionados à segurança do paciente, como dano, incidente e evento adverso mencionado no Artigo 4º da Portaria:

Art. 4º Para fins desta Portaria são adotadas as seguintes definições:

I - Segurança do Paciente: redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde;

II - Dano: comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo-se doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico;

III - Incidente: evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário ao paciente;

IV - Evento adverso: incidente que resulta em dano ao paciente;  
(BRASIL, p. 02, 2013).

Assim, são necessárias estratégias para a redução destes incidentes, a criação de uma política de segurança nas instituições de saúde, o oferecimento de capacitações através de práticas educativas com os profissionais das equipes de saúde no intuito de estimular a liderança clínica e propiciar investimentos na comunicação e sistemas de segurança do paciente (PARANAGUA *et al.*, 2013).

#### 3.1. Tipos de erro de medicação

Os erros de medicação estão presentes nas assistências em saúde, principalmente nos hospitais, com poucos estudos na atenção primária. Estas falhas no processo podem acontecer em vários momentos, desde a "liberação do medicamento, no seu preparo, manejo, prescrição e monitoramento" e os tipos de erros podem ser classificados da seguinte forma (COREN/SP, 2015):

- 1- Erro de prescrição;
- 2- Erro de dispensação;
- 3- Erro de omissão;
- 4- Erro de horário;
- 5- Erro de administração não autorizada de medicamento;
- 6- Erro de dose;
- 7- Erro de apresentação;
- 8- Erro de preparo;
- 9- Erro de administração;
- 10- Erro com medicamentos deteriorados;

- 11- Erro de monitoração;
- 12- Erro em razão da não aderência do paciente e família;
- 13- Outros erros de medicação.

Estudo sobre erros de medicação, mostraram que 72% dos erros acontecem durante a prescrição, depois pela administração destes medicamentos (15%), pela dispensação (7%) e na transcrição (6%), revelando a importância e o cuidado na realização de práticas seguras no momento da prescrição dos medicamentos (GUZZATO, BUENO, 2013).

O processo de administração do medicamento é complexo, e cabe a ação de administrar o medicamento, o de maior importância, à equipe de enfermagem e que deve ser feita com muita destreza e segurança, para evitar danos ao paciente, prestando cuidados livres de imperícia, negligência e imprudência (FRANCO, 2010; GOMES *et al.*, 2016) o que também é destacado no Código de Ética de Enfermagem (BRASIL, 2007).

Os erros relacionados à administração de medicamentos caracterizam-se como possíveis ações a serem cometidas pela enfermagem e merecem destaque. Porém neste momento como o ato de prescrever medicamentos é atribuição do enfermeiro na APS, também será alvo de acompanhamento e possíveis erros deverão ser evitados pelos enfermeiros, garantindo a confiança entre equipe e pacientes (FRANCO *et al.*, 2010).

### **3.1.1 Erros de prescrição**

A escolha incorreta do medicamento, dose, via, velocidade de infusão, apresentação do medicamento, legibilidade na prescrição, ou prescrição incompleta são erros relacionados à prescrição e podem comprometer a segurança do paciente (COREN/SP, 2015).

Estudo de Guzzato e Bueno (2013) analisou 3.701 prescrições dispensadas em farmácia de Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Porto Alegre - RS, e que resultou em 18% de prescrições com um ou mais erros, em que, destes erros, 99,9% continham erros de posologia. Quanto à informação sobre a concentração do medicamento na prescrição, erros na ordem de 42,5% foram observados, sendo que destes, (36,3%) não continham informações completas sobre concentração, também foram observadas informações ilegíveis (4%), rasuras (1,6%) e incorretas (0,6%).

Outros erros de prescrição incorreta, como por exemplo administrar medicamentos a pessoas alérgicas devem ser levados em consideração. A prescrição de uma penicilina benzatina receitada a um paciente que comunicou sobre seu processo alérgico ao medicamento, e mesmo assim, recebia prescrição. Essa atitude configura-se como um erro gravíssimo, que pode acontecer durante o atendimento, assim como outros erros de prescrição por meio de medicações permitidas pelo enfermeiro.

## CAPÍTULO IV

### 4. PRÁTICAS SEGURAS PARA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Conforme já mencionado, este manual utilizou como referência o Protocolo do Ministério da Saúde, **Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos**, direcionado à prescritores de Instituições de Saúde Hospitalar, baseou-se também em adaptações, outras pesquisas bibliográficas, que buscou redirecionar o produto técnico para os enfermeiros da atenção primária, que também utilizou como apoio, referenciais próximos ao cenário desejado e à Política Nacional de Medicamentos (PNM).

Tomamos como base o protocolo adaptado e outros referenciais teóricos no intuito de tornar o produto técnico educativo mais próximo da realidade dos enfermeiros, podendo, desta forma, ser utilizado em suas consultas de enfermagem, para prescrever em seu exercício nas UBS. Assim, sendo necessário compreender os tipos de prescrições e os itens a serem seguidos para uma prática segura no processo de prescrição de medicamentos pelos enfermeiros.

#### 4.1. Tipos de Prescrição de Medicamentos

O Ministério da Saúde, em seu Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos define os seis tipos de prescrições existentes classificadas da seguinte forma:

**1. Urgência/emergência:** são os casos em que o início da medicação deve ser realizado imediatamente após prescrição e geralmente são administrados em dose única. Estas prescrições não serão executadas pelos enfermeiros, tendo em vista pacientes que não estejam em condições clínicas preconizados no protocolo, deverão ser encaminhados ao profissional médico da UBS ou em sua ausência acionar o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU).

**2. Se necessário:** são casos em que o tratamento prescrito deve ser administrado de acordo com uma necessidade específica do paciente. É importante considerar o tempo mínimo entre os intervalos de administração e a dose máxima permitida ao paciente. Esta prescrição deve ser **evitada** pelo enfermeiro, pois o mesmo deverá seguir as atribuições preestabelecidas em protocolo, prescrevendo conforme condições clínicas no momento da consulta de enfermagem. Medicamento como o Paracetamol, por exemplo, no manejo da dengue, ao ser prescrito nestas condições, realizar-se-á da seguinte forma:

1- Paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6 horas, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Usar com água, dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

**3. Baseado em protocolos:** são os casos preestabelecidos com critérios de início do uso da medicação, decurso e conclusão do tratamento. São os casos da prescrição de medicamentos autorizados ao enfermeiro, aprovados por resoluções municipais ou portarias do Ministério da Saúde. Este produto técnico educativo está apropriado para este tipo de prescrição.

**4. Padrão:** aquela que inicia um tratamento até que o prescritor o interrompa.

**5. Padrão com data de fechamento:** quando indica o início e fim do tratamento, sendo amplamente usada para a prescrição de antimicrobianos e também em UBS, aos pacientes com diagnósticos de hanseníase e tuberculose, podendo ser prescrito pelos enfermeiros. São os casos como exemplo da prescrição dos medicamentos para tuberculose.

**6. Verbal:** devem ser restritas às situações de emergência e evitadas em UBS. Quando ocorrer uma ordem verbal, a mesma deverá ser imediatamente escrita após administração em prontuário. Estas prescrições possuem elevado risco de erros, mantendo restritas as situações de emergência. **IMPORTANTE:** quando a ordem verbal foi realizada, o prescritor deve falar o nome, a dose e a via de administração do medicamento de forma clara e o receptor da ordem verbal, deverá repetir de volta ao prescritor o que foi dito e esperar confirmação pelo prescritor, antes de administrar o medicamento no paciente.

## **4.2. Os 10 itens a serem seguidos pelos enfermeiros, para a prescrição segura de medicamentos**

Para que a prescrição de medicamentos seja realizada de forma mais segura possível, a fim de evitar incidentes, preconizam-se 10 passos ou itens necessários a serem seguidos pelos profissionais. Todos esses passos executados corretamente têm o objetivo de colaborar para a efetivação de uma prática segura e conseqüentemente sem danos, incidentes ou evento adverso. Assim, são necessários alguns cuidados a serem verificados e seguidos no momento da prescrição como:

1. Identificação do paciente
2. Identificação do prescritor
3. Identificação da instituição
4. Identificação da data da prescrição
5. Legibilidade
6. Compreensão e orientação
7. Não usar abreviaturas
8. Denominação do medicamento
9. Expressão de doses
10. Atenção na prescrição de medicamentos com nomes semelhantes

### **4.2.1 Identificação do paciente**

Durante a prescrição nas UBS, são necessárias as seguintes informações relacionadas ao paciente: nome completo, não usando abreviaturas, endereço, data de nascimento do paciente e se for criança, anotar o peso.

Estudo internacional em ambiente hospitalar destacaram em 47% falha na identificação do paciente, apresentou falhas como, nome incompleto, ilegível, ou informação duvidosa, semelhante a outros estudos, que demonstraram falta de identificação do paciente em 39% das prescrições, o que contribui para a efetivação de erro grave em ambientes hospitalares (ROSA *et al.*, 2009).

O paciente certo sempre foi uma preocupação da enfermagem, desde o uso da regra dos cinco certos na administração dos medicamentos. Este cuidado independente do paciente estar em Unidade Hospitalar ou UBS, é necessário para assegurar que realmente o paciente receba o que for prescrito para ele, o medicamento correto, evitando erros com conseqüências mais graves (MIASSO, 2000).

### **4.2.2 Identificação do prescritor**

A identificação do prescritor deve conter o nome completo e o número do registro no Conselho Regional de Enfermagem (COREN). O registro no receituário poderá ser feito de forma manuscrita ou da forma mais indicada, com a utilização de carimbo e constar o nome completo, categoria profissional "enfermeiro" e número do registro profissional (BRASIL, 2013).

Embora o estudo sobre prescrição de medicamentos não envolva os enfermeiros enquanto prescritores, atribui-se esta função principalmente aos médicos e dentistas. O trabalho que analisou prescrições por estes profissionais identificou que 33,7% das prescrições foram difíceis identificar o responsável pela prescrição do medicamento (ROSA *et al.*, 2009).

### **4.2.3 Identificação da unidade**

O impresso utilizado para prescrição deverá constar a identificação completa do estabelecimento de saúde (nome, endereço completo e telefone), no intuito de respaldar que o paciente mantenha contato com os profissionais de saúde para esclarecimentos de possíveis dúvidas ocorridas durante o tratamento (BRASIL, 2013).

Identificar a unidade é importante para que o farmacêutico responsável pela dispensação dos medicamentos, também tenha conhecimento de qual UBS está sendo prescrito o medicamento, assim, estabelecer regulação e monitoração destes medicamentos. Ação que

contribui para o uso racional de medicamentos, disciplina a prescrição e o consumo, sendo estas ações atribuições recomendadas dentro da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (BRASIL, 2004).

#### **4.2.4 Identificação da data**

A data é essencial para a conferência da validade da prescrição. Em meio ambulatorial, a validade da prescrição deve ser definida e registrada na própria prescrição pelo enfermeiro. A ausência de data pode levar a erros por parte dos pacientes, como a utilização de medicamentos por tempo inadequado e administração da medicação sem indicação para a condição clínica atual do paciente (BRASIL, 2013).

#### **4.2.5 Legibilidade**

Não compreender informações presentes na prescrição de medicamentos é comum nas Instituições de Saúde. A caligrafia inadequada do prescriptor torna ilegível a informação, que contribui seriamente ao erro, desde a dispensação até a administração do medicamento, ocorrendo troca de medicamentos com nomes parecidos (MENEZES *et al.*, 2009).

Recomenda-se a utilização de prescrições digitadas e eletrônicas como forma de melhorar e eliminar totalmente problemas de prescrição ilegíveis e com rasuras (VOLPE *et al.*, 2016). Nesses casos, recomenda-se, para a impressão, o uso de formulários sem pauta, para evitar erros de medicação ocasionados pelo encontro das linhas com letras e números da prescrição. O uso de impressão frente e verso para prescrição não é recomendado, pelo elevado risco de não cumprimento integral da prescrição.

A prescrição manual pode elevar a possibilidade de erros e deve evitar a prescrição carbonada, caso seja realizada, verificar a qualidade da escrita na segunda via carbonada da prescrição (BRASIL, 2013).

#### **4.2.6 Compreensão e orientação**

Estudo de Menezes *et al.* (2009) ao pesquisar orientação e compreensão dos pacientes sobre as receitas médicas, verificou que acompanhantes de crianças, com características familiares socioeconômicas e demográficas baixas, contribuem com menor compreensão e entendimento sobre a informação correta da prescrição, onde verificou que acompanhantes com menos de quatro anos de estudo escolar que receberam prescrição de antimicrobianos, tiveram o conteúdo prescrito menos compreendido (MENEZES *et al.*, 2009).

Consultas rápidas e a falta de uma comunicação eficiente entre profissionais de saúde e pacientes durante uma consulta, favorecem a falta de clareza ao repassar orientações e informações relevantes para o tratamento, deixam pontos importantes de uma prescrição a serem transmitidos aos pacientes ou acompanhantes (SILVA *et al.*, 2007).

Outra questão importante para a melhor compreensão e orientação referente aos medicamentos, está relacionada ao tempo de duração da consulta e os esclarecimentos a serem feitos ao paciente durante o atendimento. Quanto mais medicamentos forem prescritas, maior o tempo de explicação para o paciente que fará o uso desses medicamentos (MENEZES *et al.*, 2009).

Ao avaliar a orientação e compreensão dos pacientes sobre os medicamentos prescritos por médicos, Portela *et al.* (2010) mostrou resultados em que 53,8% dos pacientes entrevistados não sabiam relatar o nome do medicamento prescrito, 20,3% desconheciam a quantidade de dose prescrita, o que conclui a falta de compreensão e orientação dos pacientes sobre os medicamentos prescritos.

#### **4.2.7 Não usar abreviaturas**

Nomes similares e abreviação dos medicamentos podem proporcionar uma má interpretação na leitura da prescrição e administração dos medicamentos de forma equivocada, aparecendo como a causa de até 10% dos erros relacionados à medicação (FRANCO *et al.*, 2010).

Recomenda-se que os medicamentos sejam prescritos sem uso de abreviaturas, pois essa prática aumenta a chance de erros. As abreviaturas "U" de "unidades" e "UI" de "unidades

internacionais" são consideradas as mais perigosas e podem levar a administração de doses de 10 ou 100 vezes maiores que a prescrita, exemplo registrado no Canadá, em que ao invés de receber 7 unidades o paciente recebeu 70 unidades (ROSA, et al, 2008). Portanto, abolir o uso do "U" e "UI" e sim, escrever a palavra por extenso "unidade" e "unidade internacional" (BRASIL, 2013).

Nas abreviaturas para "EV" (endovenoso) e "IV" (intravenoso), possíveis erros podem ser cometidos. Caso seja rotina na instituição estas formas, o enfermeiro deve utilizar para padronização em vias de administração, o uso de "EV" preferencialmente em vez de "IV", devido o risco de interpretação do "IV" como sendo "IM" (intramuscular), principalmente em prescrição com legibilidade ruim. (BRASIL, 2013)

#### **4.2.8. Denominação do medicamento**

No âmbito do SUS, a prescrição do medicamento pelo profissional deve ser utilizada a Denominação Comum Brasileira (DCB), na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI) de acordo com o recomendado pela Resolução de Diretoria de Colegiado (RDC) nº 135/2003 (BRASIL, 2003). Assim, aos prescritores enfermeiros recomenda-se utilizar a nomenclatura obrigatoriamente disposta nos protocolos de prescrição que atendem as DCB.

Outro ponto em destaque, que a listagem da Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME) deve ser baseada na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), fundamentadas nas necessidades de acordo com o perfil da população local, assegurando suprimento de medicamentos (BRASIL, 1998).

#### **4.2.9 Expressão de doses**

Expressar a quantidade da dosagem desejada é fundamental para a prescrição segura de medicamentos, e devem ser evitadas as medidas não métricas como "colher, xícara, frasco", estas devem ser eliminadas se usadas isoladamente, onde o correto a ser feito é a prescrição numérica do medicamento (BRASIL, 2013).

Ao prescrever volumes numéricos fracionados, o profissional deve tomar cuidado e utilizar a vírgula, no lugar do uso de ponto, pois o mesmo pode contribuir para o erro da dose, no qual o uso de "2,5 ml", não seja interpretado como "25 ml"; o que poderia ser muito grave ao paciente e dependendo do medicamento, levar a morte (BRASIL, 2013). Ao utilizar a "vírgula" fica mais visível na folha de prescrição, principalmente quando em uso de folha carbonada, lembrando que a mesma deve ser evitada.

O uso do zero antes da vírgula também deve ser evitado, pois gera confusão de 10 vezes a dose prescrita desejada, como por exemplo, prescrever "500mg" e não a prescrição de "0,5g", pois este valor pode ser entendido como "5g" causando confusões no momento da administração do medicamento e levando a danos gravíssimos ao paciente (BRASIL, 2013).

#### **4.2.10. Prescrição de medicamentos com nomes semelhantes**

Muitos medicamentos possuem nomes semelhantes, mudando poucas sílabas ou letras, o que pode causar confusões no momento da dispensação do medicamento, quando na administração por parte do profissional ou do próprio paciente no momento do uso do medicamento (BRASIL, 2013).

Estes medicamentos quando utilizados devem ser prescritos com destaque na escrita do nome que os diferencia, pode-se utilizar letra maiúscula ou em negrito, para evitar a dispensação errada, como por exemplo, trocar "Hidralazina" por "Hidroxizina". No caso dos autorizados pelo enfermeiro em protocolo, deverá ser prescrito, NORETISTERONA e o MEDROXIprogesterona, apesar da mesma finalidade a confusão e troca do medicamento não deverá ocorrer.

Atenção quanto aos nomes dos medicamentos é fundamental para prática segura. Estes erros durante administração de medicamentos diferentes do que foi prescrito, seja o erro devido descuido, interpretação equivocada do nome do medicamento, apontou valores de 0,3% destes tipos de erros, aparentemente não muito comum de ser cometido, porém podem levar a danos fatais e devem ser evitados (PARANAGUÁ *et al.*, 2014).

#### 4.3 Alergias aos medicamentos

Ao indicar o medicamento ao paciente, a promoção do uso racional de medicamento é um exercício essencial para uma boa prática clínica profissional; o ato de indicar o medicamento correto e seguro é fundamental para um tratamento de qualidade ao paciente. (RAMALHINHO, 2015).

Nos casos de **alergias**, "registrar com destaque na prescrição as alergias relatadas pelo paciente, familiares e/ou cuidadores". Esta ação reduz a chance de dispensação e administração de medicamentos prejudiciais aos pacientes. No caso de existência de prontuário eletrônico na UBS registrar as alergias no sistema eletrônico (BRASIL, 2013).

Toda informação que o enfermeiro considerar importante deverá ser ressaltada por escrito nas prescrições, registrando as orientações de como utilizar o medicamento e seus intervalos, assim como recomendações não farmacológicas devem constar na prescrição, assim garantir a qualidade e segurança da prescrição um dos pressupostos para o URM (BRASIL, 2007; BRASIL, 2013).

#### 4.4 Indicação, cálculos e quantidades dos medicamentos

Os medicamentos prescritos pelo enfermeiro devem seguir as recomendações padronizadas da Rede Municipal de Saúde, inseridos na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME). Recomenda-se a elaboração de uma relação destes Medicamentos, disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), elaborada por especialidades com sua indicação, contraindicação, doses, reações adversas, entre outras informações relevantes dos medicamentos, de modo que o enfermeiro tenha familiaridade com as medicações (BRASIL, 2013).

Ao analisar artigos sobre erros de medicações, identificou que 67,7% deles estavam no preparo das doses, incluindo cálculos de dosagens equivocadas, nas quais devem ser executado pela equipe de enfermagem com muita destreza, conhecimento e de forma cautelosa (GOMES *et al.*, 2016).

Assim, ao calcular as doses dos medicamentos, esse procedimento deve ser realizado com bastante atenção e cuidado, pois realizado erradamente ocasiona severos agravos ao paciente. Ter o hábito de verificar o medicamento e conferir o cálculo contribui muito para a segurança do paciente. Quanto às doses que estão relacionadas ao peso do paciente, principalmente, se tratando de doses para crianças, recomenda-se que o enfermeiro anote as informações na prescrição, facilitando a análise farmacêutica e a administração do medicamento (BRASIL, 2013).

Por fim, a quantidade total de medicamentos prescritos deverá ser calculada e o valor total inserido na prescrição, para a dispensação pelo farmacêutico, que também recalcula a quantidade a ser dispensada, evitando dessa forma, o possível uso exagerado de medicação pelo paciente, o que leva a intoxicação, que são causas de emergências nos prontos-socorros do Brasil (SOUSA, 2016).

#### 4.5 Duração do tratamento

Quanto à duração do tratamento, dever-se-á informar ao paciente, os horários a ingerir o medicamento, a quantidade e o tempo de uso, para que o mesmo tenha compreensão e não consuma medicamentos continuamente e sem indicações (PORTELA *et al.*, 2010; BRASIL, 2013).

Segunda Portela *et al.* (2010) ao pesquisar a compreensão dos pacientes durante consulta sobre as informações importantes a ser transmitida, identificou que após prescrição de medicamentos por médicos, constatou que 57,4% dos pacientes entrevistados, não tinham conhecimentos sobre a duração do tratamento e ainda obtiveram resposta do tipo "usar até a próxima consulta" ou "usar pelo resto da vida" o que evidencia a falta de compreensão e orientação aos pacientes (PORTELA *et al.*, 2010).

Nas prescrições, os termos utilizados como "uso contínuo" e "sem parar" devem ser abolidos, pois podem colaborar para o uso sem indicação e indiretamente contribuem para a prática da automedicação indo no sentido contrário à política do URM. Os casos crônicos, como

pacientes hipertensos e diabéticos, deverão ter uma data estipulada para o retorno do paciente à UBS, para realizar uma nova avaliação do profissional da saúde (BRASIL, 2014).

Conduzir as orientações adequadas ao paciente fortalece a Política Nacional de Medicamentos (PNM), e um dos dispositivos para facilitar esta política "deve embasar a reorientação da Assistência Farmacêutica na atenção básica, sob a responsabilidade dos gestores municipais", assim a população tem o acesso aos medicamentos e ocorre a promoção ao uso racional, qualificando o atendimento aos usuários do SUS (BRASIL, 2007, p.39).

#### 4.6 Não utilização de expressões vagas

A utilização de expressões vagas como, por exemplo, "usar como de costume", "usar como habitualmente", "se necessário", "uso contínuo" e "não parar" devem ser abolidas das prescrições, evitando o uso exagerado ou de forma errada do medicamento pelo paciente. Se utilizar a expressão "se necessário" obrigatoriamente deve-se definir claramente a dosagem e a posologia, condições que determinam o uso e sua interrupção (BRASIL, 2013). O ato de retirar estas expressões evitará o uso desnecessário, bem como as intoxicações e desperdícios de medicamentos, desta forma favorecendo mais uma vez o uso racional dos medicamentos.

Exemplo:

1- Paracetamol comprimido de 500mg uso oral. Administrar 500mg de 6 em 6 horas, se temperatura igual ou acima de 37,5°C. Usar com água, dose máxima diária 2 gramas (quatro comprimidos de 500mg).

Deve ficar clara a condição de necessário para o uso da dosagem, se a temperatura igual ou superior a 37,5°C e definir claramente a dosagem máxima permitida ao paciente, no caso as 2 gramas.

#### 4.7. Recomendações adicionais importantes na prescrição

Outras recomendações adicionais que favorecem mais segurança na prescrição devem ser explicitadas como **posologia, diluição, velocidade de infusão e via de administração**. Essas são caracterizadas como nomenclaturas que devem estar escritas no receituário durante a prescrição.

O enfermeiro deve informar na prescrição a dosagem máxima do medicamento a ser usado no dia a dia. Este procedimento contribui para diminuir a intoxicação por superdosagem ou outros efeitos colaterais. Informações sobre o diluente também devem estar contidas na prescrição, para evitar impactos sobre a estabilidade ou incompatibilidade farmacológica do medicamento (BRASIL, 2013).

Por fim, é importante recomendar a velocidade de infusão na prescrição, "considerando a melhor evidência científica disponível, assim como as recomendações do fabricante". E mais uma vez prescrever de forma clara a via de administração para evitar confusões e sempre ao utilizar abreviaturas, seguir as padronizadas na rede pública (BRASIL, 2013).

#### 4.8 Prescrição informatizada

As "prescrições pré-digítadas podem aumentar a segurança no uso de medicamentos e devem ser adotadas quando possível". O uso de folhas sem pauta é outra recomendação importante, pois as linhas podem esconder pontos e vírgulas, assim como transformar o "0" em "8" (BRASIL, 2013).

O suporte eletrônico para prescrição auxilia positivamente na prevenção e diminuição de erros, reduz a zero ou quase inexistente o risco de erros relacionados à ilegibilidade. Ao utilizar as prescrições eletrônicas via sistema/programa, outras informações adicionais, como via de administração, reações adversas e interações medicamentosas pré-definidas em um sistema, são essenciais para evitar erros de prescrição. Estes elementos contribuem para uma prescrição segura e melhora os resultados aos pacientes (VOLPE *et al.*, 2016).

Durante a aquisição ou a implantação de um sistema de prescrição o "farmacêutico e enfermeiro devem acompanhar o processo de prescrição para identificar e corrigir erros decorrentes do uso do novo sistema" (BRASIL, 2013).

## CAPÍTULO V

### 5. CONSULTA DE ENFERMAGEM E A PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

A consulta de enfermagem é a prática profissional do enfermeiro denominado Processo de Enfermagem estabelecido em Resolução nº 359/2009 e deve ser utilizado em todos os ambientes sejam eles públicos ou privados, que ocorram cuidados profissionais de enfermagem, no qual estão organizados da seguinte forma: coleta de dados, diagnóstico de enfermagem, planejamento de enfermagem, implementação e avaliação de enfermagem. (COFEN, 2009).

O enfermeiro é um dos sujeitos protagonistas na atenção primária em saúde, seu papel é fundamental no processo de promoção, manutenção e recuperação da saúde, bem como no tratamento, reabilitação e na aplicabilidade do processo de enfermagem. Aspectos esses que vêm contribuindo ao enfermeiro avanços significativos na profissão e autonomia em sua prática profissional (XIMENES NETO, 2007).

Importante destacar, conforme descrito no Artigo 3 da Resolução nº 358/2009 que o processo de enfermagem "deve estar baseado num suporte teórico que orienta a coleta de dados e o estabelecimento de diagnóstico de enfermagem" e as demais fases do processo, para que assim os resultados sejam alcançados de forma satisfatória (COFEN, 2009).

Ao realizar a consulta de enfermagem, executando ações de assistência integral ao ser humano em todas as fases do ciclo de vida: criança, adolescente, mulher, adulto e idoso o enfermeiro atende diretrizes definidas nas políticas nacionais de atenção básica, assim o ato de prescrever medicamentos deve ser encarado como uma parte integrante da consulta de enfermagem e não uma ação fragmentada, isolado ou anexo à consulta de enfermagem. (XIMENES NETO, 2007; BRASIL, 2011; CAOMBOIN, 2017).

A necessidade do cuidado holístico, com vistas à atenção integral à saúde do indivíduo, faz com que a prescrição de medicamentos durante consulta de enfermagem, seja um elemento essencial e indispensável para prática do enfermeiro na atenção primária em saúde (CAOMBOIN, 2017).

Por mais que o enfermeiro tenha liberdade de ação dentro dos programas de saúde protocolados via Ministério da Saúde, ainda assim, ele não percebe o ato de prescrever como uma atividade importante dentro do seu cotidiano, alguns não se envolvem com esta prática, deixando-a sob a responsabilidade da outra categoria profissional, o que não colabora com a integralidade da assistência ao indivíduo, muito menos com a autonomia profissional (XIMENES NETO, 2007).

O enfermeiro, conforme disposto em seu Exercício Profissional e Política de Atenção Básica, tem a responsabilidade de realizar a consulta de enfermagem entre outros procedimentos técnicos de sua competência e ainda conforme protocolos e normativas técnicas preestabelecidas pelos gestores, está autorizado para prescrever medicações previamente definidas em protocolos, desta forma, favorece uma atenção integral à saúde do indivíduo (BRASIL, 2011).

Sendo assim, este Manual Educativo tem como um dos seus objetivos colaborar e incentivar o enfermeiro da atenção primária a prescrever medicamentos conforme seus protocolos. Sejam esses aprovados via Ministério da Saúde ou protocolos municipais.

#### 5.1 O Enfermeiro e o Uso Racional de Medicamentos

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou como um grande desafio aos países a promoção do URM e entende como conceito "quando o paciente recebe o medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a sua comunidade" (SOUSA *et al.*, 2016), dispensado em condições adequadas, medicamentos seguros e de qualidade (BRASIL, 2007).

O uso racional do medicamento é importante na segurança do paciente e segundo a ANVISA, das prescrições de medicamentos realizadas no país, cerca de 50% destas são "prescritos, dispensados ou usados inadequadamente", aumentam os gastos nos hospitais para

atendimento de intoxicação medicamentosa que chega a 40% das entradas em prontos-socorros brasileiros (SOUSA *et al.*, 2016).

Os protocolos atribuídos às prescrições dos enfermeiros devem estar articulados com o URM recomendados pela PNM do Ministério da Saúde, compreendida semelhante à OMS como prescrição apropriada; a disponibilidade acessível e preferencialmente em farmácias públicas, dispensação em condições favoráveis "e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos e eficazes, seguro e de qualidade" (BRASIL, 1998), e utilização do nome do medicamento de acordo com DCB, dosagem e duração adequada ao tratamento (BRASIL, 2001).

Desta forma, o enfermeiro estará prescrevendo com base na REMUME ou RENAME atende o perfil nosológico da população local e contribui para uma dispensação adequada de medicamentos aos usuários do SUS, favorece a oportunidade de melhor acesso aos medicamentos, conforme recomendações do Ministério da Saúde, com base na Política Nacional de Medicamentos aprovado na Portaria nº 3.916 de 30 de Outubro de 1998 (BRASIL, 1998) e reeditadas posteriormente.

## **5.2 Estrutura para prescrição do medicamento pelo enfermeiro**

Conforme destacado no Capítulo IV deste produto técnico educativo, os 10 pontos para prescrição segura de medicamentos, o enfermeiro deverá prescrever sempre seguindo estes passos 1 - Identificador do paciente; 2 - Identificador do prescritor; 3 - Identificação da instituição; 4 - Identificação da data da prescrição; 5 - Legibilidade; 6 - Compreensão e orientação; 7 - Não usar abreviaturas; 8 - Denominação do medicamento; 9 - Expressões de doses e 10 - Atenção na prescrição de medicamentos com nomes semelhantes. Ao seguir estes itens o enfermeiro estar-se-á a contribuir para uma prescrição com mais segurança e qualidade em sua assistência à saúde.

Nos próximos subitens desse capítulo apresentaremos exemplos de prescrições de medicamentos que atende as recomendações desse manual e constam a prescrição de uso oral, uso tópico e uso intramuscular, de forma que atenda ao Protocolo nº 6 aprovado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Dourados, situado no Estado do Mato Grosso do Sul.

### 5.2.1 Estrutura de prescrição de uso oral

Ao prescrever medicamentos de uso oral, o enfermeiro deve seguir a estrutura como recomendado; nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + posologia + via de administração + orientações de uso (BRASIL, 2013).

O exemplo abaixo descreve uma prescrição de medicamento para uma mulher com hipertensão, sem alterações clínicas, que necessita apenas de um medicamento até a sua próxima consulta com profissional médico, sem alterações dos sinais vitais e exames laboratoriais:

Quadro 01. Exemplo de prescrição de medicamentos via oral.

Nome do medicamento	concentração	forma farmacêutica	dose	posologia	via de administração	orientações de uso
Captopril	25mg	comprimido	50mg	8 em 8h	Por via oral	1h antes ou 2 depois de ingerir alimentos

No receituário a prescrição segue as seguintes recomendações:

Fíгур 01. Exemplo de receita de medicação via oral

<b>UBS: Vila Cachoeirinha - Rua projetada 2 - ESF 32</b>	<b>Tel: 3424-1234</b>	
<b>Paciente:</b> Mária Jose da Silva Xavier	<b>Data de nasc.</b> 02/02/1952	<b>idade:</b> 65
<b>Endereço:</b> Rua Emilio de Menezes n. 123, Vila COHAB II.		
<b>Prescrição</b>		
<b>Data:</b> 10/10/2017		
<b>Uso oral</b>		
1. Captopril 25mg comprimido. Administrar 50mg de 8/8h por via oral, 1hora antes ou 2horas depois dos alimentos, tomar comprimido com água. Usar por 30 dias e voltar para reavaliação		
		
Enf. Fulano de Tal COREN-MS N. 1234		

### 5.2.2 Estrutura de prescrição de uso tópico

Ao prescrever medicamentos de uso tópico, o profissional deve seguir as mesmas recomendações dos 10 itens para a prescrição segura e proceder da seguinte forma: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + via de administração + posologia + orientações de uso (BRASIL, 2013).

O exemplo abaixo denota uma prescrição feita para uma criança de 1 ano e 8 meses, acompanhada de sua mãe para a consulta de enfermagem, que apresenta escabiose em membros superiores e inferiores

Quadro 02. Exemplo de prescrição de medicamentos via tópico.

Nome do medicamento	concentração	forma farmacêutica	via de administração	posologia	orientações de uso
Loção de Permetrina	1%	solução	Aplicar compressas direto nos braços e pernas	1 x ao dia Preferência a noite	Após aplicação, aguardar de 8 a 14 horas e lavar em água corrente

No receituário da seguinte forma:

Figura 02. Exemplo de receita de medicamento via tópica

<b>UBS: Vila Cachoeirinha - Rua projetada 2 - ESF 32 -</b>	<b>tel: 3424-1234</b>	
<b>Paciente:</b> Bruno Felipe da Silva Antunes	<b>Data de nasc.</b> 02/02/2016	<b>idade:</b> 1a8m
<b>Endereço:</b> Rua Emílio de Menezes n. 123, Vila COHAB II.		
<b>Prescrição</b>		
<b>Data:</b> 10/10/2017		
<b>Peso:</b> 12kg		
<b>Uso tópico</b>		
1. Loção de Permetrina 1% solução. Aplicar compressas direto nos braços e pernas, 1 vez ao dia, preferência a noite. Após aplicação, aguardar de 8 e 14 horas e lavar em água corrente.		
		
Enf. Fulado de Tal COREN-MS N. 1234		

### 5.2.3 Estrutura de prescrição de uso intramuscular

Para realizar a prescrição de medicamentos intramuscular, podemos ter medicamentos com uso de diluente e outros sem uso de diluente, sendo necessária a seguinte ordem na prescrição: nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + diluente + volume + via de administração + velocidade de infusão + posologia + orientações de administração e uso (BRASIL, 2013).

O exemplo abaixo descreve um medicamento para uma mulher de 27 anos, gestante, com sífilis primária em consulta de enfermagem na atenção primária:

Quadro 03. Exemplo de prescrição de medicamentos via intramuscular com diluente.

Nome do medicamento	Concentração	Forma farmacêutica	dose	Diluente*
Penicilina G benzatina	2,4 milhões UI	suspensão	Dose única	água destilada

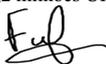
Continuação da quadro 03

Volume	Via de adm.	Velocidade de infusão	posologia	Orientações
10ml	Intramuscular profundo	lentamente	1x	aplicar 1,2 milhões em cada

**\*ATENÇÃO:** alguns medicamentos não há necessidade de diluir

No receituário da seguinte forma:

Figura 03.Exemplo de receita de medicamento intramuscular

<b>UBS: Vila Cachoeirinha - Rua projetada 2 - ESF 32 - tel: 3424-1234</b>
<b>Paciente:</b> Andréia da Silva Martins <b>Data de nasc.</b> 06/09/1990 <b>idade:</b> 27
<b>Endereço:</b> Rua Emílio de Menezes n. 567, Vila COHAB II.
<b>Prescrição</b>
<b>Data:</b> 10/10/2017
<b>Uso intramuscular</b>
1. Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, frasco/suspensão, dose única, diluir com água destilada, 10ml, intramuscular profunda, lentamente. 1 x. Aplicar 1,2 milhões UI em cada glúteo.

Enf. Fulado de Tal COREN-MS N. 1234

## 5.2.4 Estrutura de prescrição de uso subcutâneo

Para a prescrição de medicamentos subcutâneos, o enfermeiro deve seguir os 10 itens na prescrição segura de medicamentos, somando a seguinte ordem: Nome do medicamento + concentração + forma farmacêutica + dose + volume + via de administração + posologia + orientações de administração e uso (BRASIL, 2013).

O exemplo abaixo descreve a prescrição para um homem diabético de 63 anos em uso de insulina NPH e Regular.

Quadro 04. Exemplo de prescrição de medicamentos via subcutânea.

Nome do medicamento	concentração	forma farmacêutica	Dose	volume	via de administração	posologia	orientações de uso
Insulina Regular	100U/ml	Suspensão	18U Dia	6U	subcutânea	3x ao dia	Aplicar 6U antes do desjejum, antes do almoço e antes do jantar

No receituário da seguinte forma:

Figura 04. Exemplo de prescrição de medicamento subcutâneo

<b>UBS: Vila Cachoeirinha - Rua projetada 2 - ESF 32 -</b>	<b>tel: 3424-1234</b>	
<b>Paciente:</b> João de Deus Rocha	<b>Data de nasc.</b> 12/06/1954	idade: 63
<b>Endereço:</b> Rua Emílio de Menezes n. 567, Vila COHAB II.		
<b>Prescrição</b>		
<b>Data:</b> 10/10/2017		
<b>Uso subcutâneo</b>		
1. Insulina Regular 100U/ml frasco, dose diária 18 unidades, fazer 6 unidades subcutâneo 3 vezes ao dia antes das refeições. Aplicar 6 unidades antes do desjejum, antes do almoço e antes do jantar.		
		
Enf. Fulado de Tal COREN-MS N. 1234		

### 5.3 Orientações gerais sobre os medicamentos

Para melhor contribuir durante a prescrição do enfermeiro e ao reconhecer as políticas sobre URM, fez-se necessária a elaboração de quadros com os nomes dos medicamentos dispostos no Protocolo nº 06 do Município de Dourados com informações relevantes.

A seguir as informações a respeito de interações medicamentosas, interações com alimentos e outras orientações gerais necessários, para que o prescritor enfermeiro tenha conhecimento durante consulta de enfermagem.

Assim, as informações contidas nestes quadros devem ser orientadas aos pacientes durante consulta de enfermagem, de modo que o paciente tenha o entendimento sobre os riscos das interações medicamentosas e saiba utilizar adequadamente o medicamento prescrito, o que favorece maior segurança e incentivo ao uso racional do medicamento.

Quadro 05. Medicamentos e orientações sobre interações medicamentosas com alimentos e gerais a serem prescritas na Saúde da Criança.

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Albendazol suspensão 40mg/ml e comprimido 400mg <sup>(1)</sup>	- Uso com Praziquantel resposta positiva no tratamento da cisticercose	- Absorção aumenta com alimentação rica em gorduras - Evitar suco de pomelo, pois o uso concomitante pode aumentar o risco de efeitos adversos do albendazol	- Hipersensibilidade a algum dos componentes da formulação - Contra indicado para crianças menores de 2 anos - Tem sido indicado para tratar anemias em grávidas
Dipirona solução oral 500mg/ml <sup>(2)</sup>	- Risco de aumento das concentrações de lítio, levando à toxicidade - Cetorolaco: pode resultar em aumento dos efeitos adversos gastrintestinais (úlceras pépticas, sangramento e perfuração gastrintestinal). Uso concomitante é contraindicado. - Ciclosporina: aumento do risco de toxicidade da ciclosporina (nefrotoxicidade, colestase, parestesias). Monitorar concentrações de ciclosporina e ajustar sua dose, quando necessário. Também monitorar pacientes quanto à função renal e também para sinais e sintomas de toxicidade por ciclosporina. - Clopidogrel e heparinas de baixo peso molecular: pode haver aumento do risco de sangramento. Devem ser coadministrados com cautela. Pacientes devem ser monitorados cuidadosamente para sinais e sintomas de hemorragia. - Inibidores da recaptção de serotonina: pode haver	- não há relatos	- Banida em 33 países, por causa da ocorrência de reações alérgicas graves (como edema de glote e anafilaxia) e idiossincrásicas (agranulocitose, em potência fatal) - Verificar se o paciente não tem histórico de alergia a dipirona. - Monitorar pacientes cuidadosamente para sinais de toxicidade, especialmente mielossupressão e toxicidade gastrintestinal. - Alertar sobre a necessidade de informar imediatamente ao médico a presença dos seguintes sintomas: lesões inflamatórias nas mucosas, como orofaríngea, anorretal ou genital, febre, sangramentos. - Evitar lactação durante e 48h após o uso do fármaco.

	<p>aumento do risco de sangramento. Devem ser coadministrados com cautela. Pacientes devem ser monitorados cuidadosamente para sinais e sintomas de hemorragia.</p> <p>- Diuréticos poupadores de potássio (amilorida, espironolactona): redução do efeito diurético, hipopotassemia e possível nefrotoxicidade. Quando usados concomitantemente, monitorar pressão arterial, mudanças de peso, volume de urina, níveis de potássio e creatinina.</p> <p>- Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e de alça (furosemida): pode haver redução do efeito diurético e anti-hipertensivo. Monitorar pressão arterial e peso, também observar pacientes quanto a sinais de insuficiência renal.</p> <p>- Metotrexato: aumento do risco de toxicidade do metotrexato (leucopenia, trombocitopenia, anemia, ulcerações em mucosa, nefrotoxicidade).</p> <p>- Sulfonilureias (clorpropamida, glibenclamida, tolbutamida): aumento do risco de hipoglicemia. Pacientes devem ser monitorados para hipoglicemia. Quando anti-inflamatórios são introduzidos na terapia, pode ser necessária redução da dose da sulfonilureia.</p> <p>- Tacrolimo: pode resultar em insuficiência renal aguda. Uso concomitante deve ser evitado, especialmente em pacientes com insuficiência renal. Se usado concomitantemente, monitorar creatinina e volume de urina</p>		
<p>Loção de Permetrina 1%<sup>(3)</sup></p>	<p>- não existe estudos na literatura</p>	<p>- não há interações</p>	<p>- testar em uma pequena área antes de usar no couro cabeludo, para certificar sobre alergias</p> <p>- Contraindicado</p> <p>Hipersensibilidade à permetrina ou a outras piretrinas, sintéticas ou naturais e crianças com menos de 2 meses de idade, usar com cautela.</p>

<p>Metronidazol suspensão 40mg/ml<sup>(4)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Álcool etílico: pode resultar em efeito do tipo dissulfiram ou morte súbita. Evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou produtos contendo etanol durante o tratamento com todas as apresentações e até pelo menos três dias após a descontinuação do metronidazol.</li> <li>- Amiodarona: aumento do risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). O uso concomitante não é recomendado.</li> <li>- Amprenavir (solução oral): o uso concomitante é contraindicado, pelo aumento do risco de toxicidade pelo propilenoglicol, componente da formulação oral (acidose lática, nefrotoxicidade, taquicardia, etc.).</li> <li>- Dissulfiram: o uso concomitante é contraindicado, pelo aumento do risco de efeitos tóxicos no sistema nervoso central.</li> <li>- Bussulfano: aumento das concentrações e do risco de toxicidade deste fármaco. Evitar o uso concomitante, mas se isto não for possível, monitorar o paciente em relação aos efeitos tóxicos da bussulfano.</li> <li>- Carbamazepina, ciclosporina, lítio, tacrolimo: aumento do risco de toxicidade destes fármacos. Monitorar sinais e sintomas específicos de toxicidade e a concentração plasmática.</li> <li>- Colestiramina: a efetividade do metronidazol pode ser reduzida.</li> <li>- Ergotamina e análogos: aumento do risco de ergotismo. O uso concomitante é contraindicado.</li> <li>- Fluoruracila: aumento das concentrações e do risco de toxicidade deste fármaco. Evitar o uso concomitante, mas se isto não for possível, monitorar o paciente em relação aos efeitos tóxicos da fluoruracila, cujos efeitos gastrintestinais e hematológicos podem</li> </ul>	<p>- não interage com alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prescrição de antimicrobianos atenderá o disposto nas Resoluções 20/11 e 68/14, sendo a validade das receitas de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.</li> <li>- contraindicado em dependência crônica de álcool, hipersensibilidade ao metronidazol e primeiro trimestre da gravidez</li> <li>- usar com precauções na insuficiência hepática e renal.</li> </ul>
---	---	-------------------------------------	---

	<p>limitar a duração do uso combinado.</p> <p>- Micofenolato de mofetila: redução da exposição ao micofenolato, se usado em combinação com metronidazol e norfloxacin. O uso concomitante dos três fármacos não é recomendado. O uso de metronidazol associado apenas ao micofenolato não representa risco.</p> <p>- Varfarina: redução do metabolismo da varfarina, com aumento do risco de sangramento. Monitorar cuidadosamente o tempo de protrombina ao introduzir e descontinuar o metronidazol. Monitorar o paciente para sinais e sintomas de sangramento.</p>		
Mikania Glomerata (Guaco) xaropé 117,6 mg/ml <sup>(5)</sup>	- Não utilizar em caso de tratamento com anti-inflamatórios não esteroides. A utilização pode interferir na coagulação sanguínea.	- não há relatos	- não utilizar em crianças menores de 2 anos. - uso prolongado pode gerar problemas tóxicos no fígado - este medicamento contém açúcar - doses acima das recomendadas podem provocar vômitos e diarreia
Nistatina Suspensão oral 100.000 UI/ml <sup>(6)</sup>	- não apresenta	- não há relatos	- não usar em hipersensibilidade à nistatina - usar com cuidado na lactação.
Paracetamol solução oral 200mg/ml <sup>(7)</sup>	- Anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol, varfarina): pode aumentar o risco de sangramento. Pacientes que usam varfarina ou outros anticoagulantes cumarínicos devem ser orientados a diminuir o uso de paracetamol. Considerar o monitoria do tempo de protrombina quando for iniciado ou descontinuado o uso de paracetamol em pacientes sob tratamento anticoagulante. A interação pode ter menor relevância clínica com o uso infrequente ou em baixas doses de paracetamol. - Carbamazepina: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol. Em doses terapêuticas usuais dos dois	- com alimentos pode afetar a velocidade de absorção do medicamento. - ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 mL).	- dose máxima diária de 2g dia. - não ultrapassar o limite e 35 gotas por dose - doses superior 4g, leva danos hepático - este medicamento contém açúcar - este medicamento não pode ser mastigado ou partido - Usar com cuidado nos casos de: insuficiência hepática, renal, alcoolismo, pacientes asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico (risco de hipersensibilidade cruzada) e na lactação. - O paracetamol tem pouco ou nenhum efeito anti-inflamatório ou antirreumático.

	<p>fármacos, não é necessário monitoria especial do paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Etanol: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se ter cuidado com pacientes que ingerem 3 ou mais doses de bebidas alcoólicas por dia e utilizem paracetamol. Alcoolistas crônicos devem evitar o uso de paracetamol.</li> <li>- Fenitoína: pode diminuir a efetividade do paracetamol e aumentar o risco de hepatotoxicidade. Evitar doses elevadas e/ou uso prolongado de paracetamol. Monitorar o paciente para evidências de hepatotoxicidade. Em doses terapêuticas dos dois fármacos, geralmente não é necessário monitoria do paciente ou ajuste de dose.</li> <li>- Isoniazida: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. O uso de paracetamol deve ser limitado em pacientes que utilizam isoniazida.</li> <li>- Zidovudina: pode resultar em neutropenia ou hepatotoxicidade. Evitar uso prolongado e múltiplas doses de paracetamol em pacientes tratados com zidovudina.</li> </ul>		
Solução de Reidratação Oral (SRO) solução oral <sup>(8)</sup>	- não há relatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não interage com alimentos</li> <li>- não misturar a solução com outros ingredientes, como açúcar</li> <li>- preparada somente com água filtrada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deve usar com cautela em função renal diminuída e hipernatremia (a reidratação deve ser lenta, em cerca de 12 horas).</li> <li>- a reidratação oral não é apropriada nos casos de obstrução gastrointestinal ou quando a terapia de reidratação parenteral é indicada, como em desidratação grave ou vômito intratável.</li> <li>- não ferver a solução depois de preparada.</li> <li>- pode ser armazenada em geladeira, por um período máximo de 24 horas e depois deve ser desprezada</li> </ul>
Soro fisiológico 0,9% para aplicação nasal <sup>(9)</sup>	- não há relatos	- não há relatos	- aplicar nas duas narinas

<p>Sulfato ferroso 25mg/ml solução oral<sup>(10)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Doxiciclina, minociclina, tetraciclina: redução na efetividade desses antimicrobianos e de sais de ferro. Estabelecer intervalo de pelo menos 3 horas antes ou 2 horas após a administração dos outros medicamentos em relação aos sais de ferro.</li> <li>- Gatifloxacino: redução na eficácia de gatifloxacino. Estabelecer intervalo de 4 horas entre a administração de sais de ferro e a de gatifloxacino.</li> <li>- Levodopa: pode aumentar a ocorrência de sintomas da doença de Parkinson. Monitorar paciente e, se houver piora nos sintomas, ajustar dose ou evitar o uso de produtos contendo sais de ferro.</li> <li>- Levotiroxina: risco de hipotireoidismo. Estabelecer intervalo de pelo menos 4 horas entre a administração de sais de ferro e levotiroxina. Monitorar função tiroideana.</li> <li>- Lomefloxacino: evitar uso concomitante. Se for necessário, a dose dos sais de ferro deve ser administrada pelo menos 6 horas antes ou 4 horas após a dose de lomefloxacino.</li> <li>- Metildopa: não é recomendado o uso concomitante a sais de ferro.</li> <li>- Micofenolato de mofetila, ofloxacino: pode haver redução na eficácia do micofenolato. Estabelecer intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de sais de ferro e o micofenolato de mofetila ou ofloxacino.</li> <li>- Moxifloxacino: administrar 4 antes ou 8 horas após os sais de ferro.</li> <li>- Norfloxacino: evitar administração concomitante, fazendo opção por outro antimicrobiano, empregando via intravenosa para norfloxacino ou considerando suspensão temporária dos sais de ferro enquanto usar a quinolona. Se a combinação for necessária, administrar a quinolona 2 horas antes ou 4 a 6 horas após a dose dos sais de ferro. Monitorar intensivamente o paciente para verificar eficácia contínua do antimicrobiano.</li> <li>- Omeprazol: redução na biodisponibilidade do ferro não-heme. Monitorar o</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interfere absorção com alimentos, café, pães, laticínios.</li> <li>- recomenda-se ingerir 1h antes ou 2h depois das refeições.</li> <li>- pode ingerir após refeições para evitar efeitos gastrointestinais.</li> <li>- ingerir junto com água ou suco de fruta natural (não sucos cítricos).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- interfere absorção com alimentos, café, pães, laticínios.</li> <li>- recomenda-se ingerir 1h antes ou 2h depois das refeições.</li> <li>- pode ingerir após refeições para evitar efeitos gastrointestinais.</li> <li>- ingerir junto com água ou suco de fruta natural (não sucos cítricos).</li> </ul>
--	--	---	---

	<p>paciente para eficácia do sulfato ferroso se omeprazol for usado concomitantemente. Considerar administração parenteral dos sais de ferro se for inevitável a administração de ambos.</p> <p>- Penicilamina: dar intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de ferro e da penicilamina.</p> <p>- Zinco: redução da absorção gastrointestinal de ferro e/ou zinco. Dar intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de ferro e a de zinco.</p>		
--	--	--	--

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.149,150, 377-379.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.1088.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.903.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.851-853.
5. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Formulário de Fitoterápicos da Farmacopéia Brasileira / Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2011. 126p. p.43-44.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.867.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 899-900.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.935.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.290.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.1005-1006.

QUADRO 06. Orientações sobre interações medicamentosas com alimentos e orientações gerais a serem prescritas no manejo da Dengue.

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Paracetamol 500mg comprimido <sup>(7)</sup>	<p>- Anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol, varfarina): pode aumentar o risco de sangramento. Pacientes que usam varfarina ou outros anticoagulantes cumarínicos devem ser orientados a diminuir o uso de paracetamol. Considerar o monitoria do tempo de protrombina quando for iniciado ou descontinuado o uso de paracetamol em pacientes sob tratamento anticoagulante. A interação pode ter menor relevância clínica com o uso infrequente ou em baixas doses de paracetamol.</p> <p>- Carbamazepina: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol. Em doses terapêuticas usuais dos dois fármacos, não é necessário monitoria especial do paciente.</p> <p>- Etanol: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se ter cuidado com pacientes que ingerem 3 ou mais doses de bebidas alcoólicas por dia e utilizem paracetamol. Alcoolistas crônicos devem evitar o uso de paracetamol.</p> <p>- Fenitoína: pode diminuir a efetividade do paracetamol e aumentar o risco de hepatotoxicidade. Evitar doses elevadas e/ou uso prolongado de paracetamol. Monitorar o paciente para evidências de hepatotoxicidade. Em doses terapêuticas dos dois fármacos, geralmente não é necessário monitoria do paciente ou ajuste de dose.</p> <p>- Isoniazida: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. O uso de paracetamol deve ser limitado em pacientes que utilizam isoniazida.</p> <p>- Zidovudina: pode resultar em neutropenia ou hepatotoxicidade. Evitar uso prolongado e múltiplas doses de paracetamol em pacientes tratados com zidovudina.</p>	<p>- com alimentos pode afetar a velocidade de absorção do medicamento.</p> <p>- ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 mL).</p>	<p>- dose máxima diária de 2g dia.</p> <p>- não ultrapassar o limite e 35 gotas por dose</p> <p>- doses superior 4g, leva danos hepático</p> <p>- este medicamento contém açúcar</p> <p>- este medicamento não pode ser mastigado ou partido</p> <p>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência hepática, renal, alcoolismo, pacientes asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico (risco de hipersensibilidade cruzada) e na lactação.</p> <p>- O paracetamol tem pouco ou nenhum efeito anti-inflamatório ou antirreumático.</p>

Soro de Reidratação Oral (SRO) solução oral <sup>(8)</sup>	- não há relatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não interage com alimentos</li> <li>- não misturar a solução com outros ingredientes, como açúcar</li> <li>- preparada somente com água filtrada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- deve usar com cautela em função renal diminuída e hipernatremia (a reidratação deve ser lenta, em cerca de 12 horas).</li> <li>- a reidratação oral não é apropriada nos casos de obstrução gastrointestinal ou quando a terapia de reidratação parenteral é indicada, como em desidratação grave ou vômito intratável.</li> <li>- não ferver a solução depois de preparada.</li> <li>- pode ser armazenada em geladeira, por um período máximo de 24 horas e depois deve ser desprezada</li> </ul>
--	------------------	--	--

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 899-900.

8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.935.

#### QUADRO 07. Orientações sobre interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para diabéticos.

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Glibenclamida 5mg comprimido <sup>(11)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ácido acetilsalicílico e outros anti-inflamatórios não-esteroides (AINE): pode haver aumento no risco de hipoglicemia. Intensificar o controle da glicemia durante o uso concomitante com AINE, pois pode ser necessário reduzir a dose do hipoglicemiante quando um anti-inflamatório for adicionado ao esquema do paciente. Monitorar também ao descontinuar o uso do anti-inflamatório.</li> <li>- Álcool: o uso de etanol com hipoglicemiantes orais pode provocar hipoglicemia e reação semelhante à do dissulfiram. Pacientes devem ser orientados a não ingerir bebidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para a administração do medicamento com a primeira refeição do dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar com cuidado nos casos de:</li> <li>- idosos e pacientes com insuficiência suprarrenal ou hipofisária (maior risco de hipoglicemia).</li> <li>- obesidade (preferência por metformina).</li> <li>- períodos de estresse (risco de descontrole glicêmico).</li> <li>- lactação e categoria de risco na gravidez.</li> <li>- orientar para o caso de esquecimento de uma dose, ingerir assim que possível, desde que o horário da dose seguinte não esteja próximo.</li> <li>- alertar para não duplicar a dose.</li> <li>- recomendar o uso de protetor solar para proteger a pele do sol.</li> </ul>

	<p>alcoólicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueadores beta-adrenérgicos podem alterar o metabolismo glicêmico causando hiperglicemia, hipoglicemia e hipertensão. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente.</li> <li>- Bloqueadores cardioprevalentes tendem a causar menos distúrbios glicêmicos e menor risco de mascarar sintomas de hipoglicemia.</li> <li>- Bosentana: pode elevar a concentração de enzimas hepáticas. O uso concomitante com glibenclamida é contraindicado, devendo ser avaliada a utilização de outro hipoglicemiante oral.</li> <li>- Ciclosporina: pode aumentar a toxicidade do imunossupressor, causando disfunção renal, colestase e parestesia. Avaliar ajuste da dose de ciclosporina.</li> <li>- Claritromicina: pode haver aumento das concentrações da glibenclamida, com aumento do risco de hipoglicemia. Cautela se for administrada claritromicina a paciente usuário de glibenclamida. Considerar monitoria adicional da glicose e educar o paciente para reconhecer sinais e sintomas de hipoglicemia.</li> <li>- Disopirâmida: o uso em associação pode levar a hipoglicemia. É recomendada cautela em caso de uso concomitante.</li> <li>- Fluoroquinolonas como o ciprofloxacino podem alterar o metabolismo glicêmico, causando hipoglicemia ou hiperglicemia. Quando for necessária a terapia concomitante com glibenclamida, monitorar a glicose sanguínea; a alteração da dose do hipoglicemiante pode ser necessária.</li> <li>- Glucomanano pode diminuir a absorção da glibenclamida. É recomendada a administração dos medicamentos em</li> </ul>		
--	--	--	--

	<p>diferentes períodos do dia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inibidores de monoamina oxidase (IMAO) podem estimular a secreção de insulina causando hipoglicemia, depressão do sistema nervoso central e vertigens. Monitorar glicose sanguínea quando um IMAO for adicionado ou retirado da terapia. Avaliar redução da dose de glibenclamida.</li> <li>- Genfibrozila, sulfametoxazol, voriconazol podem inibir o metabolismo hepático de glibenclamida, causando hipoglicemia. Monitorar glicose sanguínea e avaliar redução da dose do hipoglicemiante durante o tratamento conjunto.</li> <li>- Plantas como <i>Psyllium</i> (nome utilizado em inglês para designar algumas espécies do gênero <i>Plantago</i>; no Brasil, espécies deste gênero são conhecidas como tansagem), melão-de-são-caetano (<i>Momordica charantia</i>), erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) e feno-grego (<i>Trigonella foenu mgraecum</i>) ou fitoterápicos derivados destas espécies podem aumentar o risco de hipoglicemia. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente.</li> <li>- Rifapentina e rifampicina podem provocar redução do efeito hipoglicemiante por indução do metabolismo hepático. Monitorar glicose sanguínea e avaliar ajuste da dose de glibenclamida durante o tratamento associado.</li> <li>- Varfarina: o uso concomitante pode potencializar o efeito do anticoagulante, aumentando o risco de hemorragias. Monitorar o tempo de protrombina e avaliar ajuste da dose de varfarina.</li> </ul>		
--	--	--	--

<p>Gliclazida MR 30mg comprimido<sup>(12)</sup></p>	<p>- Anti-inflamatórios não-esteroides (AINE) inibem o metabolismo hepático de gliclazida, com aumento do efeito hipoglicemiante. Monitorar glicose sanguínea e avaliar redução da dose de gliclazida durante o tratamento com um AINE.</p> <p>- Bloqueadores beta-adrenérgicos podem alterar o metabolismo glicêmico, causando hiperglicemia, hipoglicemia e hipertensão. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente. Bloqueadores cardioprevalentes tendem a causar menos distúrbios glicêmicos e o risco de mascarar sintomas hipoglicêmicos, como tremor, é reduzido.</p> <p>- Ciprofloxacino e demais fluoroquinolonas podem alterar o metabolismo glicêmico, causando hipoglicemia ou hiperglicemia. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente e avaliar redução da dose de gliclazida.</p> <p>- Inibidores de monoamina oxidase (IMAO) estimulam a secreção de insulina, causando hipoglicemia, depressão do sistema nervoso central e vertigens. Monitorar níveis sanguíneos de glicose quando um IMAO for adicionado ou retirado da terapia e avaliar redução da dose de gliclazida.</p> <p>- Rifampicina induz o metabolismo hepático de gliclazida, com redução do efeito hipoglicemiante. Monitorar glicose sanguínea e avaliar ajuste da dose de gliclazida durante o tratamento com rifampicina.</p> <p>- Álcool pode provocar hipoglicemia e efeito semelhante ao do dissulfiram. Recomendar a redução do consumo de álcool, sempre acompanhado de alimentos, a fim de amenizar o efeito hipoglicemiante do álcool.</p>	<p>- Ingerir com alimento</p> <p>- Orientar para a necessidade de administrar o medicamento com a primeira refeição do dia.</p>	<p>Usar com cuidado nos casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- idosos (risco de hipoglicemia).</li> <li>- obesidade (preferência por metformina).</li> <li>- períodos de estresse (risco de descontrole glicêmico).</li> </ul>
---	---	---	--

<p>Metformina 500mg e 850mg comprimido<sup>(13)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueadores beta-adrenérgicos: podem alterar o metabolismo glicêmico causando hiperglicemia, hipoglicemia e hipertensão. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente.</li> <li>- Bloqueadores cardioprevalentes oferecem menor risco de distúrbios glicêmicos e de mascaramento dos sintomas de hipoglicemia.</li> <li>- Cefalexina e cimetidina: podem elevar as concentrações plasmáticas de metformina pela inibição de sua excreção tubular. Monitorar o surgimento de efeitos adversos associados ao cloridrato de metformina e avaliar redução da dose.</li> <li>- Ciprofloxacino, outras fluoroquinolonas: alteração do metabolismo da glicose, com hipoglicemia ou hiperglicemia. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente. Avaliar redução da dose de cloridrato de metformina.</li> <li>- Contrastes radiológicos iodados: risco de acidose láctica e falência renal aguda. O uso simultâneo é contraindicado. Interromper tratamento se houver necessidade de exames radiológicos com administração intravenosa de contrastes radiológicos iodados; restabelecer tratamento após normalização da função renal.</li> <li>- Enalapril: pode causar acidose láctica e hipopotassemia. Evitar uso simultâneo em pacientes com insuficiência renal.</li> <li>- Glucomanano: risco de redução da absorção do cloridrato de metformina. Administrar os medicamentos em diferentes períodos do dia.</li> <li>- Inibidores de monoamina oxidase (MAO): podem estimular secreção de insulina provocando hipoglicemia, depressão do sistema nervoso central e vertigens. Monitorar glicose sanguínea quando um IMAO for adicionado ou retirado da terapia. Avaliar redução da dose de cloridrato de metformina.</li> <li>- Plantas como <i>Psyllium</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para administrar com alimentos para reduzir os sintomas gastrointestinais. Aumentar a ingestão de água.</li> <li>- Reforçar a necessidade de evitar a ingestão de bebida alcoólica.</li> </ul>	<p>Usar com cuidado nos casos de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- insuficiência renal (avaliar a função renal antes do início do tratamento e uma a duas vezes durante o ano).</li> <li>- idosos, especialmente acima de 80 anos (é maior o risco de acidose láctica pela redução da função renal).</li> <li>- ingestão excessiva de álcool, distúrbios hepáticos, hipoxemia, desidratação e septicemia (condições que elevam o risco de acidose láctica).</li> <li>- durante infecções, cirurgias ou traumas (substituir por insulina).</li> <li>- lactação.</li> <li>- Pode haver redução da absorção de vitamina B12.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez.</li> </ul>
---	---	--	---

	<p>(nome utilizado em inglês para designar algumas espécies do gênero <i>Plantago</i>; no Brasil, espécies deste gênero são conhecidas como tansagem), melão-de-são-caetano (<i>Momordica charantia</i>), erva-desão-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) e feno-grego (<i>Trigonella foenum-graecum</i>) ou produtos derivados: podem aumentar o risco de hipoglicemia. Se a associação for necessária, monitorar glicose sanguínea periodicamente.</p> <p>- Topiramato: pode alterar a biotransformação de ambos os fármacos. Monitorar glicose sanguínea quando o topiramato for adicionado ou retirado da terapia. Avaliar redução da dose de cloridrato de metformina.</p>		
--	---	--	--

11. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.738-739.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.741-742.

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série Textos Básicos de Saúde). p.573-574.

**QUADRO 08. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para pacientes com lesões devido diabetes.**

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Paracetamol 500mg comprimido <sup>(7)</sup>	- Anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol, varfarina): pode aumentar o risco de sangramento. Pacientes que usam varfarina ou outros anticoagulantes cumarínicos devem ser orientados a diminuir o uso de paracetamol. Considerar o monitoria do tempo de protrombina quando for iniciado ou descontinuado o uso de paracetamol em pacientes sob tratamento	- com alimentos pode afetar a velocidade de absorção do medicamento. - ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 mL).	- dose máxima diária de 2g dia. - não ultrapassar o limite e 35 gotas por dose - doses superior 4g, leva danos hepático - este medicamento contém açúcar - este medicamento não pode ser mastigado ou partido - Usar com cuidado nos casos de: insuficiência hepática, renal, alcoolismo, pacientes

	<p>anticoagulante. A interação pode ter menor relevância clínica com o uso infrequente ou em baixas doses de paracetamol.</p> <p>- Carbamazepina: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol. Em doses terapêuticas usuais dos dois fármacos, não é necessário monitoria especial do paciente.</p> <p>- Etanol: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se ter cuidado com pacientes que ingerem 3 ou mais doses de bebidas alcoólicas por dia e utilizem paracetamol. Alcoolistas crônicos devem evitar o uso de paracetamol.</p> <p>- Fenitoína: pode diminuir a efetividade do paracetamol e aumentar o risco de hepatotoxicidade. Evitar doses elevadas e/ou uso prolongado de paracetamol. Monitorar o paciente para evidências de hepatotoxicidade. Em doses terapêuticas dos dois fármacos, geralmente não é necessário monitoria do paciente ou ajuste de dose.</p> <p>- Isoniazida: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. O uso de paracetamol deve ser limitado em pacientes que utilizam isoniazida.</p> <p>- Zidovudina: pode resultar em neutropenia ou hepatotoxicidade. Evitar uso prolongado e múltiplas doses de paracetamol em pacientes tratados com zidovudina.</p>		<p>asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico (risco de hipersensibilidade cruzada) e na lactação.</p> <p>- O paracetamol tem pouco ou nenhum efeito anti-inflamatório ou antirreumático.</p>
<p>Ibuprofeno 300mg comprimido<sup>(14)</sup></p>	<p>- Ácido acetilsalicílico: possível redução do efeito antiplaquetário do ácido acetilsalicílico. Em caso de uso concomitante, administrar o ácido acetilsalicílico pelo menos 30 minutos antes ou 8 horas após a administração de ibuprofeno</p> <p>- Aminoglicosídeos como ampicilina, gentamicina, tobramicina: concentrações plasmáticas dos aminoglicosídeos podem ser aumentadas. Monitorar função renal e níveis séricos dos aminoglicosídeos. Ajustar dose do aminoglicosídeo de acordo com parâmetros monitorados.</p> <p>- Anticoagulantes (femprocumona, varfarina,</p>	<p>- Orientar para ingerir os comprimidos com 250 mL de água e não deitar dentro de 15 a 30 minutos após a administração.</p> <p>- Orientar para ingerir com alimentos ou leite para evitar desconforto gástrico.</p> <p>- Orientar para não misturar a suspensão oral com nenhum outro líquido antes do uso.</p>	<p>Usar com cuidado nos casos de:</p> <p>- distúrbios de coagulação, predisposição a alergias, história de ulceração, perfuração ou sangramento gastrointestinal, doença cardíaca, tratamento com anti-hipertensivos, anemia, asma brônquica e desidratação.</p> <p>- insuficiência renal DCE inferior a 30 mL/minuto.</p> <p>- insuficiência hepática</p> <p>- idosos (toleram menos os efeitos gastrintestinais associados ao fármaco).</p> <p>- Evitar o uso prolongado devido ao aumento do risco de efeitos</p>

	<p>heparinas de baixo peso molecular): aumento da atividade anticoagulante e risco de sangramento. Pacientes devem ser monitorados apropriadamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bloqueadores de receptor de angiotensina II (losartana, valsartana): possível redução dos efeitos anti-hipertensivos e aumento do risco de insuficiência renal. Monitorar pressão arterial, função cardiovascular e renal.</li> <li>- Cetorolaco: pode resultar em aumento dos efeitos adversos gastrintestinais (úlceras pépticas, sangramento e perfuração gastrintestinal). Uso concomitante é contraindicado.</li> <li>- Ciclosporina: aumento do risco de toxicidade da ciclosporina (nefrotoxicidade, colestase, parestesias). Monitorar níveis de ciclosporina circulante e ajustar a dose de ciclosporina quando necessário. Também monitorar pacientes para sinais e sintomas de toxicidade de ciclosporina e função renal.</li> <li>- Clopidogrel: aumento do risco de sangramento. Pacientes devem ser monitorados cuidadosamente para sinais de sangramento.</li> <li>- Desipramina: aumento do risco de toxicidade do antidepressivo tricíclico (sonolência, hipotensão, alteração de consciência, etc). Monitorar para sinais e sintomas de toxicidade e monitorar concentrações plasmáticas de desipramina em pacientes com uso prolongado de ibuprofeno.</li> <li>- Diuréticos de alça (exemplo: furosemida) e tiazídicos (exemplo: hidroclorotiazida): redução do efeito diurético e da eficácia anti-hipertensiva. Quando usados concomitantemente, monitorar peso e pressão arterial.</li> <li>- Diuréticos poupadores de potássio (amilorida, espironolactona): redução do efeito diurético, hiperpotassemia e possível nefrotoxicidade. Quando</li> </ul>		
--	---	--	--

	<p>usados concomitantemente, monitorar pressão arterial, mudanças de peso, volume de urina, concentrações de potássio e creatinina.</p> <p>- Fenitoína e fosfenitoína: aumento do risco de toxicidade da fenitoína (ataxia, tremor, etc), especialmente em pacientes com insuficiência renal. Pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de toxicidade de fenitoína; em pacientes com insuficiência renal, monitorar concentrações séricas de fenitoína.</p> <p>- Ginkgo: aumento do risco de sangramento. Quando usados em conjunto monitorar frequentemente tempo de sangramento e sinais e sintomas de sangramento excessivo.</p> <p>- Inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA, como enalapril, captopril): possível redução dos efeitos anti-hipertensivos e natriuréticos dos IECA. No uso concomitante, monitorar pressão arterial e função cardiovascular. Também monitorar pacientes para hiperpotassemia ou insuficiência renal aguda.</p> <p>- Inibidores da recaptação de serotonina (como fluoxetina, paroxetina, citalopram, sertralina): aumento do risco de sangramento. Considerar uso do anti-inflamatório não-esteróide por curta duração em dose reduzida. Na ocorrência de efeitos adversos gastrointestinais, considerar terapia de intervenção (por exemplo, antagonistas H2 ou inibidores da bomba de próton) ou descontinuar o inibidor da recaptação da serotonina ou o anti-inflamatório ou mudar para terapia alternativa.</p> <p>- Lítio: redução da excreção do lítio (aumento do risco de toxicidade). Dose de lítio pode necessitar redução. Em alguns pacientes e ajuste apropriado da dose de lítio pode ser requerido quando ibuprofeno for descontinuado ou iniciado.</p>		
--	--	--	--

	<p>- Metotrexato: redução da excreção do metotrexato (aumento do risco de toxicidade). Pacientes devem ser monitorados para sinais de toxicidade do metotrexato.</p> <p>- Sulfonilureias (por exemplo, glibenclamida, tolbutamida): aumento do risco de hipoglicemia. Pacientes devem ser monitorados para hipoglicemia. Quando anti-inflamatórios são introduzidos na terapia, pode ser necessária redução da dose da sulfonilureia.</p> <p>- Tacrina: pode resultar em sintomas de delírio. Pacientes devem ser monitorados para sinais e sintomas de delírio (alucinações, confusão, insônia, tremor).</p> <p>- Tacrolimo: pode resultar em insuficiência renal aguda. Uso concomitante deve ser evitado, especialmente em pacientes com insuficiência renal. Se usado concomitantemente, monitorar creatinina e volume de urina.</p> <p>- Venlafaxina: aumento do risco de sangramento. Paciente deve ser monitorado para sinais de sangramento.</p>		
Neomicina + bacitracina 0,5%/250UI/g pomada*(15)	- podem diminuir o efeito da digoxina		- hipersensibilidade à neomicina
Nitrato de Miconazol creme dermatológico 2% <sup>(16)</sup>	<p>- Anticoagulantes (acenocumarol, anisindiona, dicumarol, femprocumona e varfarina): pode haver risco aumentado de sangramento com o uso do antimicótico por via oral ou vaginal. Monitorar o tempo de protrombina durante o tratamento concomitante, bem como por ocasião da introdução ou descontinuação do antimicótico. O ajuste de dose do anticoagulante pode ser necessário.</p> <p>- Fenitoína: aumento do risco de toxicidade pela fenitoína com manifestação de sintomas como ataxia, hiperreflexia e tremor. Se possível, evitar a terapia antifúngica sistêmica</p>	- Não há relatos	<p>- Crianças prematuras não devem utilizar o gel oral nos primeiros 5 a 6 meses de vida.</p> <p>- Cuidado durante uso de preservativos de látex (as preparações intravaginais podem causar danos aos preservativos de látex; usar método contraceptivo adicional durante a administração do creme vaginal).</p> <p>- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de utilizar o medicamento.</p> <p>- Lavar o aplicador com água morna e sabão depois de usá-lo</p>

	<p>durante a terapia com fenitoína. Monitorar o paciente quanto a sinais e sintomas de toxicidade por fenitoína e se possível, mensurar os níveis séricos deste fármaco.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fentanila: miconazol pode aumentar os efeitos da fentanila (depressão do SNC, depressão respiratória).</li> <li>- Pimozida: aumenta o risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). A administração concomitante de miconazol e pimozida é contraindicada.</li> <li>- Tolterodina: em uso concomitante com miconazol, a biodisponibilidade de tolterodina pode aumentar em indivíduos com deficiência do complexo citocromo P450.</li> <li>- Trimetrexato: pode ter sua toxicidade aumentada</li> </ul>		
Sulfadiazina de prata 1% creme* <sup>(17)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Papaína: aplicação concomitante de papaína e formulações contendo sais de prata pode resultar na inativação da papaína como debridante enzimático. Evitar o contato da pele com formulações de metais pesados, como a sulfadiazina prata, durante o debridamento químico com a papaína.</li> <li>- Ácido paraminobenzoico ou compostos relacionados: a prata contida na sulfadiazina de prata pode inativar os agentes enzimáticos debridantes.</li> </ul>	- não há relatos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebês até 2 meses de idade (segurança e eficácia não foram estabelecidas).</li> <li>- Usar com cuidado nos casos de: deficiência de glicose 6-fosfato desidrogenase (G6PD), insuficiência hepática, renal, lactação e ocorrência de leucopenia após 2 a 3 dias de uso (a alteração é auto-limitada; não é necessário suspender o uso da sulfadiazina de prata, mas deve-se fazer contagens sanguíneas).</li> <li>- Evitar uso em áreas extensas.</li> <li>- Suspender o tratamento se surgirem alterações hematológicas e erupções cutâneas.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez.</li> </ul>

\* medicamento antimicrobiano, ao prescrever atender legislações específicas como RDC n. 44 de 26 de outubro de 2010 e RDC n. 68 de 1 de dezembro de 2014.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 899-900.

14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.769-771.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 644.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.868-870.

17. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 964-965.

### QUADRO 09. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para pacientes com hipertensão.

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Hidroclorotiazida 12,5mg comprimido <sup>(18)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alcaçuz: pode resultar em risco aumentado de hipotassemia e/ou redução da efetividade do diurético.</li> <li>- Anti-inflamatórios não-esteroides e colestiramina podem diminuir o efeito da hidroclorotiazida. Monitorar pressão arterial, potássio, bem como sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Carbamazepina: o uso concomitante pode resultar em hiponatremia. Considerar a descontinuação do diurético ou selecionar um anticonvulsivante alternativo, se apropriado.</li> <li>- Ciclofosfamida, digitálicos, inibidores da ECA (primeira dose), lítio, sais de cálcio, sotalol, topiramato: podem ter o efeito aumentado pela hidroclorotiazida. Monitorar sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Clorpropamida e glipizida podem ter o efeito diminuído pela hidroclorotiazida. Monitorar periodicamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para aumentar o consumo de alimentos com alto teor de potássio (laranja, banana, feijão).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: uso de altas doses do fármaco ou em insuficiência renal (monitorar nível sérico dos eletrólitos), diabetes melito, porfiria, hipotensão, lúpus eritematoso sistêmico, gota, hiperaldosteronismo, síndrome nefrótica, idosos (usar a menor dose efetiva, especialmente nos que apresentam alterações eletrocardiográficas) e lactação.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> <li>- Alertar para a importância de informar se apresentar oligúria.</li> <li>- Proteger a pele do sol com uso de protetor solar.</li> <li>- Orientar para ingerir o medicamento preferentemente pela manhã, para não interromper o sono.</li> </ul>

	<p>eletrólitos e glicose sérica bem como sinais e sintomas específicos.</p> <p>- <i>Ginkgo biloba</i>: o uso concomitante pode resultar em aumento da pressão arterial.</p>		
<p>Furosemida 20mg comprimido<sup>(19)</sup></p>	<p>- Alcaçuz (<i>Glycyrrhiza glabra</i>): aumento do risco de hipopotassemia e/ou redução da efetividade do diurético.</p> <p>Anti-inflamatórios não-esteroides, ácido acetilsalicílico, colestiramina e colestipol: podem diminuir o efeito farmacológico da furosemida. Evitar o uso concomitante, monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Anti-inflamatórios esteroides e clofibrato: podem aumentar o efeito farmacológico da furosemida e a concentração das transaminases; clofibrato pode ter seus efeitos adversos na musculatura esquelética aumentados. Evitar o uso concomitante, monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Aminoglicosídeos (gentamicina, tobramicina), betabloqueadores (sotalol), digitoxina, digoxina, dofetilida, inibidores da ECA (primeira dose) e lítio: podem ter o efeito farmacológico/tóxico aumentado pela furosemida. Ajustar dose e monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Bepridil: uso concomitante pode levar a hipopotassemia e subsequente cardiotoxicidade (<i>torsades de pointes</i>). Monitorar potássio e magnésio, considerar substituição por diurético poupador de potássio.</p> <p>- Bloqueadores neuromusculares (pancurônio, vecurônio): podem ter o efeito aumentado ou diminuído pela furosemida. Ajustar dose e monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Ginseng: o uso associado aumenta o risco de resistência ao diurético</p>	<p>- Orientar que pode ser administrada com alimento, se houver desconforto gástrico.</p> <p>- Recomendar o aumento da ingestão de alimentos com alto teor de potássio (laranjas, bananas, feijão).</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: indução de diurese em insuficiência renal moderada (pode ser necessário aumentar a dose), hipotensão, hipovolemia e hipotassemia que precisam ser corrigidas, aumento da próstata, idosos (são mais sensíveis aos efeitos hipotensores e hidreletrolíticos; pode ser necessária redução da dose ou ajuste do intervalo de administração), insuficiência hepática, associação com outros fármacos ototóxicos, como vancomicina e aminoglicosídeos (aumento do risco de ototoxicidade) e lactação.</p> <p>- Monitorar eletrólitos, particularmente sódio e potássio.</p> <p>- Categoria de risco na gravidez</p> <p>- Recomendar aos diabéticos para monitorar cuidadosamente a glicemia</p>

<p>Espironolactona 25mg comprimido<sup>(20)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ácido acetilsalicílico e anti-inflamatórios não-esteroides podem reduzir o efeito da espironolactona. Monitorar paciente quanto à redução do efeito do diurético.</li> <li>- Alcaçuz: risco de hipopotassemia e/ou redução da efetividade do diurético. Evitar o uso de alcaçuz durante o tratamento.</li> <li>- Arginina, digoxina e inibidores da ECA podem ter o efeito aumentado pela espironolactona. Monitorar potássio sérico, bem como sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Digitoxina pode ter o efeito aumentado ou reduzido pela espironolactona. Monitorar sinais e sintomas de toxicidade ou falta de efeito.</li> <li>- Outros diuréticos poupadores de potássio: risco aumentado de hiperpotassemia. O uso concomitante com espironolactona é contraindicado.</li> <li>- Sotalol pode ter o risco de cardiotoxicidade aumentado por diuréticos. Monitorar sinais e sintomas específicos Arginina, digoxina e inibidores da ECA podem ter o efeito aumentado pela espironolactona. Monitorar potássio sérico, bem como sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Digitoxina pode ter o efeito aumentado ou reduzido pela espironolactona. Monitorar sinais e sintomas de toxicidade ou falta de efeito. Outros diuréticos poupadores de potássio: risco aumentado de hiperpotassemia. O uso concomitante com espironolactona é contraindicado.</li> <li>- Sotalol pode ter o risco de cardiotoxicidade aumentado por diuréticos. Monitorar sinais e sintomas específicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para evitar ingestão de suplementos de potássio e alimentos ricos em potássio.</li> <li>- Recomendar não ingerir bebida alcoólica concomitantemente a espironolactona.</li> <li>- Orientar para ingerir logo após as refeições para minimizar os efeitos adversos gástricos e aumentar sua biodisponibilidade.</li> <li>- Evitar suplementos de potássio e dieta rica em potássio, pelo risco de hiperpotassemia (se ocorrer, suspender o medicamento).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: diabetes e nefropatia diabética, idosos (diminuir a dose e monitorar estes pacientes pelo risco aumentado de hiperpotassemia), insuficiência hepática, insuficiência renal leve e moderada e lactação.</li> <li>- Evitar o uso em pacientes com porfiria.</li> <li>- Monitorar eletrólitos sanguíneos em relação à hiperpotassemia, hiponatremia e hipocloremia.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez.</li> </ul>
---	---	--	--

<p>Metildopa 500mg comprimido<sup>(21)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betabloqueadores podem aumentar o efeito da metildopa. Monitorar pressão arterial na situação de risco, sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Ferro, fenilpropranolamina, pseudofedrina podem diminuir o efeito da metildopa. Monitorar frequência cardíaca, arritmia, sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Haloperidol pode ter o efeito/toxicidade aumentado pela metildopa. Monitorar neurotoxicidade, sinais e sintomas específicos. Se necessário, substituir o anti-hipertensivo.</li> <li>- Inibidores da monoamina oxidase (MAO): contraindicado o uso concomitante</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para suplementar a dieta com vitamina B12 e folato quando em uso de altas doses de metildopa</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: hipotensão, insuficiência cardíaca congestiva, edema, anemia hemolítica, doença cerebrovascular, insuficiência hepática, insuficiência renal, pacientes em diálise e lactação.</li> <li>- Evitar interrupção abrupta.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>
<p>Atenolol 25mg comprimido<sup>(22)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amiodarona, bloqueadores de canal de cálcio diidropiridínicos, diltiazem, fentanila, quinidina, verapamil: podem aumentar o efeito hipotensor, bradicardizante do atenolol e o risco de parada cardíaca. Monitorar função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos a insuficiência cardíaca, pode ser necessário ajuste de dose.</li> <li>- Bloqueadores alfa-1-adrenérgicos (na primeira dose) e digoxina: podem ter seu efeito aumentado pelo atenolol. Monitorar paciente para sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Clonidina e moxonidina: em uso concomitante com atenolol, pode ocorrer crise hipertensiva durante a suspensão desses medicamentos. Suspender o betabloqueador antes de retirar a clonidina ou moxonidina, monitorar pressão arterial.</li> <li>- Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) pode diminuir efeito do betabloqueador. Monitorar para sinais e sintomas de hipertensão e angina.</li> <li>- Hipoglicemiantes podem ter os sintomas de hipoglicemia mascarados pelo atenolol e causar hiper ou hipoglicemia. Evitar uso concomitante, preferir betabloqueador cardioseletivo, monitorar para sinais e sintomas específicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alertar para não ingerir juntamente a suplementos de cálcio, antiácidos e suco de laranja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: uso de anestésicos que diminuam a função do miocárdio, interrupção do tratamento (risco de hipertensão rebote); suspender o fármaco gradualmente, no decurso de 1 a 2 semanas), uso concomitante com clonidina (interromper o uso do atenolol alguns dias antes da retirada da clonidina), história de doença broncoespástica, diábetes melito (pode mascarar os sintomas de hipoglicemia), hipertireoidismo, doença vascular periférica e insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal e lactação.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>

<p>Propranolol 40mg comprimido<sup>(23)</sup></p>	<p>- Agentes hipoglicemiantes, bloqueadores alfa-1-adrenérgicos (primeira dose), clonidina (retirada), clorpromazina (fenotiazinas), digitálicos e lidocaína: podem ter efeito/toxicidade aumentado pelo propranolol. Monitorar eletrocardiograma, pressão arterial, bem como sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Agonistas beta-2 adrenérgicos: podem ter o efeito diminuído pelo propranolol. Monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Antiácidos: podem diminuir o efeito do propranolol. Monitorar sinais e sintomas específicos.</p> <p>- Amiodarona, bloqueadores de canais de cálcio do tipo di-hidropiridina, di-hidroergotamina, cimetidina, diltiazem, epinefrina, ergotamina, fenilefrina, fentanila, fluvoxamina, haloperidol, mefloquina, propoxifeno, quinidina, sertralina e verapamil: podem aumentar o efeito/toxicidade do propranolol. Monitorar função cardíaca, particularmente em pacientes predispostos a insuficiência cardíaca. Pode ser necessário ajuste de dose.</p> <p>- Tioridazina: aumenta o risco de cardiotoxicidade. O uso concomitante é contraindicado.</p>	<p>- não há relatos</p>	<p>- Usar com cuidado em pacientes em uso de anestésicos que diminuem a função do miocárdio.</p> <p>- Utilizar com cautela em pacientes com história de insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência cerebrovascular, doença vascular periférica, miastenia grave, bloqueio atrioventricular de 1º grau, hipertensão portal, reações de hipersensibilidade, hipertireoidismo/tirotoxicose, diabetes melito (pode mascarar sintomas de hipoglicemia).</p> <p>- Usar com cuidado em pacientes com doença hepática e insuficiência renal (não é necessário ajuste de dose).</p> <p>- Quando usado por via intravenosa, fazer monitoria eletrocardiográfica e da pressão arterial.</p> <p>- O risco de efeitos adversos é aumentado em pacientes idosos.</p> <p>- Categoria de risco na gravidez - Lactação</p>
<p>Anlodipino 5mg comprimido<sup>(24)</sup></p>	<p>- Antifúngicos azólicos, amiodarona, bloqueadores beta-adrenérgicos; inibidores da protease podem aumentar o efeito do anlodipino com risco de toxicidade (intervalo QT prolongado, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). Reduzir a dose do anlodipino ou retirar um dos fármacos, identificar sinais e sintomas de toxicidade do anlodipino.</p> <p>- Fentanila pode aumentar o risco de hipotensão. Aumentar a quantidade de fluido circulante e verificar sinais e sintomas específicos.</p>	<p>- Orientar que pode ser tomado com ou sem alimentos</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência cardíaca compensada, disfunção ventricular esquerda grave, cardiomiopatia hipertrofica, edema, aumento de pressão intracraniana e estenose aórtica grave. Nas insuficiência hepática e renal, início do tratamento, ou após ajuste de dose, ou retirada da terapia com betabloqueador (pode ocorrer exacerbação da angina). Em idosos (são mais Susceptíveis a obstipação intestinal e hipotensão; iniciar com dose menor), em início</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clopidogrel pode ter a concentração plasmática diminuída pelo anlodipino. Ajustar a dose e identificar sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) pode diminuir o efeito de anlodipino. Aumentar dose de anlodipino, se necessário, e observar a ocorrência de sinais e sintomas de hipertensão e angina</li> </ul>		<p>da terapia ou após aumento de dose (pode causar hipotensão) e lactação.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pode causar hipersensibilidade cruzada com outros bloqueadores de canal de cálcio.</li> <li>- Estar atento ao aparecimento de reações dermatológicas progressivas e persistentes, dor no peito, urina escurecida, alterações no batimento cardíaco, pés e tornozelos inchados, pele e olhos amarelados, fraqueza e cansaço incomuns.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>
Nifedipino 20mg comprimido <sup>(25)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atenolol, propranolol e demais bloqueadores beta-adrenérgicos, mibefradil e amiodarona: risco de hipotensão grave e bradicardia. Monitorar a função cardíaca em caso de terapia concomitante com nifedipino.</li> <li>- Cimetidina e compostos azólicos como cetoconazol, fluconazol e itraconazol podem elevar a concentração plasmática do nifedipino, elevando o risco de incidência de efeitos adversos.</li> <li>- Clopidogrel: pode haver redução da resposta ao clopidogrel.</li> <li>- Fenitoína: pode haver aumento da toxicidade da fenitoína (ataxia, tremor). Monitorar paciente para sinais de toxicidade e eventualmente ajustar a dose da fenitoína.</li> <li>- Ginkgo, ginseng e suco de toranja (<i>pomelo</i> ou <i>grapefruit</i>) podem elevar a incidência de efeitos adversos associados ao nifedipino, devido a inibição de seu metabolismo hepático.</li> <li>- Indinavir e saquinavir: pode haver aumento da concentração e toxicidade do nifedipino.</li> <li>- Nafcilina pode reduzir a eficácia do nifedipino pela indução do seu metabolismo hepático. Pacientes devem ser monitorados quanto à eficácia do tocolítico e a utilização de um antibiótico alternativo deve ser avaliada.</li> </ul>	- Alertar para não ingerir com bebida alcoólica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: dor isquêmica logo no início do tratamento (interromper o uso), insuficiência cardíaca ou deficiência de função ventricular esquerda, hipotensão grave ou sintomática, diabete melito, insuficiência hepática (reduzir a dose).</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quinidina, quinupristina/dalfopristina: pode haver aumento da toxicidade devido ao nifedipino.</li> <li>- Rifampicina pode reduzir a eficácia do nifedipino.</li> <li>- Sulfato de magnésio (via parenteral): o uso concomitante aumenta o risco de hipotensão e bloqueio neuromuscular.</li> <li>- Tacrolimo: pode haver redução da concentração de tacrolimo</li> </ul>		
Captopril 25mg comprimido <sup>(26)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alfainterferona 2, alopurinol, azatioprina, diuréticos poupadores de potássio, suplementos de potássio podem ter a efetividade/toxicidade aumentada pelo captopril. Acompanhar sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Bupivacaína, clorpromazina, diuréticos de alça (primeira dose), diuréticos tiazídicos (primeira dose) podem aumentar o efeito do captopril. Acompanhar sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não-esteroides: podem diminuir a efetividade do captopril. Acompanhar sinais e sintomas específicos.</li> </ul>	- Alertar que alimentos reduzem a absorção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não recomenda-se a prática da administração sublingual do comprimido de captopril não é recomendada, pois suas características farmacocinéticas não permitem a absorção de doses ideais por essa via, devendo, portanto, ser deglutido.</li> <li>- Alertar que pode causar tosse</li> <li>- Orientar para evitar medicamentos que aumentem o potássio sérico.</li> <li>- Usar com cuidado nos casos de: uso concomitante com diurético (pode causar hipotensão mesmo com a primeira dose; reduzir a dose do diurético e iniciar o captopril em dose baixa e acompanhar pressão arterial); elevação das enzimas hepáticas ou ocorrência de icterícia durante o tratamento (monitorar função hepática; retirar imediatamente o captopril nesses casos); doença vascular periférica; cardiomiopatia hipertrofica; estenose de artéria aórtica ou renal; angioedema intestinal, de cabeça e de pescoço; cirurgia/anestesia; história de alergias (atenção, pode ocorrer angioedema mesmo com a primeira dose); em crianças segurança e eficácia não estabelecidas; na insuficiência renal e lactação.</li> <li>- Monitorar níveis de potássio, especialmente se houver insuficiência renal.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez.</li> </ul>

<p>Enalapril 10mg comprimido<sup>(27)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ácido acetilsalicílico ou anti-inflamatórios não-esteroides e rifampicina: pode resultar em diminuição do efeito do enalapril. Ajustar a dose, ou substituir antipertensivo, monitorar pressão arterial e sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Alfainterferona 2, azatioprina: o uso concomitante com enalapril pode resultar em anormalidades hematológicas. Monitorar pressão arterial, contagem de células sanguíneas e sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Bupivacaína, diuréticos de alça (primeira dose), diuréticos tiazídicos (primeira dose), diuréticos poupadores de potássio, metformina, suplemento de potássio, trimetoprima: podem aumentar o efeito/toxicidade do enalapril. Monitorar pressão arterial, sinais e sintomas específicos.</li> <li>- Clomipramina: pode ter o efeito aumentado pelo enalapril. Monitorar sinais e sintomas específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evitar uso excessivo de alimentos que contém potássio, inclusive substitutos do sal contendo potássio e suplementos dietéticos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: hiponatremia, hipovolemia, diminuição de função renal ou uso de diuréticos (usar a menor dose efetiva); doença vascular periférica, cardiomiopatia hipertrófica, estenose da artéria aórtica ou renal, insuficiência hepática, cirurgia/anestesia e em situações com risco aumentado de hipotensão; história de alergias (pode ocorrer angioedema mesmo após a primeira dose); crianças (segurança e eficácia não estabelecidas); elevação de enzimas hepáticas ou icterícia e lactação.</li> <li>- Iniciar tratamento com dose baixa (ajustar a cada 2 ou 4 semanas), e monitorar pressão arterial após a primeira dose.</li> <li>- Monitorar potássio sérico, especialmente se houver insuficiência renal.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>
<p>Losartana Potássica comprimido 25mg<sup>(28)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anti-inflamatórios não-esteroides, fluconazol, rifampicina: podem diminuir a efetividade da losartana. Monitorar pressão arterial.</li> <li>- Lítio: pode ter a toxicidade (fraqueza, tremor, sede, confusão) aumentada pela losartana. Monitorar para sinais e sintomas específicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não há relatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: angioedema atual ou história de angioedema; depleção de volume, na insuficiência hepática e renal; hiperpotassemia, estenose da artéria renal; insuficiência cardíaca congestiva grave e lactação.</li> </ul>

18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 760-761.

19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 733-734

20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 665-667.



QUADRO 10. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas na Saúde da Mulher.

Medicamento	Interações Medicamentosas	Interações com Alimentos	Orientações Gerais
Ácido fólico 5mg comprimido <sup>(29)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fenitoína pode ter suas concentrações reduzidas, com possível redução dos efeitos. Monitorar concentração de fenitoína e ajustar dose, se necessário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentos ricos em ácido fólico: vegetais verdes, cereais, frutas e fígado.</li> <li>- Alertar que o aquecimento destrói o ácido fólico dos alimentos (50% a 90%).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: mulheres que recebem terapia anticonvulsivante (ácido fólico pode reduzir ação do anticonvulsivante); anemia perniciosa e deficiências de vitamina B12 (podem ser mascaradas com doses acima de 0,1 mg/dia), especialmente em idosos.</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>
Dipirona 500mg comprimido <sup>(2)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Risco de aumento das concentrações de lítio, levando à toxicidade</li> <li>- Cetorolaco: pode resultar em aumento dos efeitos adversos gastrintestinais (úlceras pépticas, sangramento e perfuração gastrintestinal). Uso concomitante é contraindicado.</li> <li>- Ciclosporina: aumento do risco de toxicidade da ciclosporina (nefrotoxicidade, colestase, parestesias). Monitorar concentrações de ciclosporina e ajustar sua dose, quando necessário. Também monitorar pacientes quanto à função renal e também para sinais e sintomas de toxicidade por ciclosporina.</li> <li>- Clopidogrel e heparinas de baixo peso molecular: pode haver aumento do risco de sangramento. Devem ser coadministrados com cautela. Pacientes devem ser monitorados cuidadosamente para sinais e sintomas de hemorragia.</li> <li>- Inibidores da recaptação de serotonina: pode haver aumento do risco de sangramento. Devem ser coadministrados com cautela. Pacientes devem ser monitorados cuidadosamente para sinais e sintomas de hemorragia.</li> <li>- Diuréticos poupadores de potássio (amilorida, espironolactona): redução</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- não há relatos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Banida em 33 países, por causa da ocorrência de reações alérgicas graves (como edema de glote e anafilaxia) e idiossincrásicas (agranulocitose, em potência fatal)</li> <li>- Verificar se o paciente não tem histórico de alergia a dipirona.</li> <li>- Monitorar pacientes cuidadosamente para sinais de toxicidade, especialmente mielossupressão e toxicidade gastrintestinal.</li> <li>- Alertar sobre a necessidade de informar imediatamente ao médico a presença dos seguintes sintomas: lesões inflamatórias nas mucosas, como orofaríngea, anorretal ou genital, febre, sangramentos.</li> <li>- Evitar lactação durante e 48h após o uso do fármaco.</li> </ul>

	<p>do efeito diurético, hipotensão e possível nefrotoxicidade. Quando usados concomitantemente, monitorar pressão arterial, mudanças de peso, volume de urina, níveis de potássio e creatinina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diuréticos tiazídicos (hidroclorotiazida) e de alça (furosemida): pode haver redução do efeito diurético e anti-hipertensivo. Monitorar pressão arterial e peso, também observar pacientes quanto a sinais de insuficiência renal.</li> <li>- Metotrexato: aumento do risco de toxicidade do metotrexato (leucopenia, trombocitopenia, anemia, ulcerações em mucosa, nefrotoxicidade).</li> <li>- Sulfonilureias (clorpropamida, glibenclamida, tolbutamida): aumento do risco de hipoglicemia. Pacientes devem ser monitorados para hipoglicemia. Quando anti-inflamatórios são introduzidos na terapia, pode ser necessária redução da dose da sulfonilureia.</li> <li>- Tacrolimo: pode resultar em insuficiência renal aguda. Uso concomitante deve ser evitado, especialmente em pacientes com insuficiência renal. Se usado concomitantemente, monitorar creatinina e volume de urina</li> </ul>		
<p>Enantato de noretisterona 50mg + valerato de estradiol 5 mg solução injetável<sup>(30)</sup></p>	<p>- A maior parte das interações relatadas na literatura para os fármacos desta associação é de caráter geral para estrógenos ou progestógenos e foi documentada em situações de uso de associações diversas. Não foram encontrados relatos de interações específicas para valerato de estradiol + enantato de noretisterona.</p>	<p>- não há relatos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: tabagismo (acima de 15 cigarros/dia), idade superior a 35 anos, obesidade, diabetes, hipertensão, cistos ovarianos, endometriose, hiperlipidemia, hipotireoidismo e hipocalcemia.</li> <li>- Pode ocorrer aumento de risco para tromboembolismo venoso e doenças cardiovasculares.</li> <li>- Pode ocorrer aumento da incidência de demência.</li> <li>- Pode ocorrer exacerbação de crises de asma, epilepsia e enxaqueca.</li> <li>- Pode ocorrer aumento da incidência de gravidez</li> </ul>

			<p>ectópica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Excluir a hipótese de gravidez e orientar para a utilização de método alternativo de contracepção durante 7 dias caso o intervalo entre as aplicações ultrapasse 33 dias.</li> <li>- Antes do início do tratamento, alertar as pacientes sobre possíveis irregularidades menstruais e potencial atraso no retorno da fertilidade após a suspensão do uso do medicamento.</li> <li>- Informar que a combinação injetável induz sangramento semelhante ao menstrual, regularmente, a cada 3 semanas após a injeção (22º dia),</li> </ul>
<p>Hidróxido de alumínio 61,5 mg/ml suspensão oral<sup>(31)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alopurinol: pode haver redução da eficácia. Administrar o antiácido pelo menos 3 horas após o alopurinol.</li> <li>- Amprenavir/delavirdina: pode haver redução da eficácia. Espaçar as doses em pelo menos uma hora.</li> <li>- Cloroquina: pode haver redução da eficácia. Evitar o uso concomitante. Espaçar a administração em pelo menos 4 horas.</li> <li>- Dicumarol: pode haver aumento do risco de hemorragia. Escalonar as doses e monitorar o paciente para possível sangramento.</li> <li>- Digoxina: pode haver redução da eficácia. Monitorar os níveis séricos. Espaçar as doses em 2 horas.</li> <li>- Etambutol: pode haver redução da concentração sérica. Espaçar a administração em pelo menos 4 horas. Fosfatos (via oral): pode haver redução da absorção. Separar a administração em pelo menos 1 hora.</li> <li>- Quinolonas: pode haver redução da eficácia. Evitar o uso concomitante. Administrar ciprofloxacino 2 horas antes ou 6 horas após o antiácido; moxifloxacino 4 horas antes ou 8 horas após o antiácido; levofloxacino e norfloxacino pelo menos 2 horas antes ou após o antiácido. Monitorar o paciente para eficácia antibiótica.</li> <li>- Gabapentina: pode haver redução da eficácia. Monitorar os níveis séricos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para ingerir 250 mL de água depois da ingestão do antiácido para reduzir risco de obstipação.</li> <li>- Orientar para ingerir no intervalo das refeições e antes de dormir.</li> <li>- Alertar para não tomar com quantidade significativa de leite ou derivados.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: crianças com menos de seis anos (uso não recomendado); doença óssea metabólica, comum em idosos (pode ser agravada por depleção de fósforo e hipercalcúria causadas pelo uso prolongado de antiácidos contendo alumínio); idosos (são mais propensos à disfunção renal, que pode levar à retenção de alumínio); insuficiência hepática e renal.</li> <li>- Diagnóstico adequado deve preceder o uso, evitando complicação da condição basal ou ocorrência de reações adversas.</li> <li>- Alertar para efeito laxativo se uso frequente ou em doses altas.</li> </ul>

	<p>Evitar o uso do antiácido pelo menos 2 horas após a administração da gabapentina.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Itraconazol: pode haver perda da eficácia. Administrar o itraconazol pelo menos 1 hora antes ou 2 horas após o antiácido.</li> <li>- Lansoprazol: pode haver redução da biodisponibilidade. Administrar pelo menos 1 hora após o antiácido.</li> <li>- Levotiroxina: pode haver redução da eficácia. Espaço a administração por 4 horas. Monitorar os níveis de TSH.</li> <li>- Micofenolato de mofetila: pode haver diminuição da eficácia. Evitar o uso concomitante ou escalonar as doses.</li> <li>- Poliestirenosulfonato de sódio: pode haver aumento do risco de alcalose metabólica. Separar a administração ou administrar o poliestireno por via retal. Monitorar o paciente para evidências de alcalose.</li> <li>- Propranolol: pode haver redução da biodisponibilidade. Separar a administração tanto quanto possível e monitorar o paciente para a eficácia do propranolol.</li> <li>- Quinidina: risco de toxicidade pela quinidina (arritmia ventricular, hipotensão, exacerbação de insuficiência cardíaca). O uso concomitante não é recomendado. Monitorar o paciente para sinais de toxicidade (visão turva, cefaleia, náusea, delírio, psicose). Monitorar níveis plasmáticos da quinidina e reduzir a dose, se necessário. Antiácido contendo somente alumínio pode ser preferido para terapia inicial.</li> <li>- Tacrolimo: pode haver aumento da exposição ao tacrolimo.</li> <li>- Tetraciclina: pode haver redução da eficácia. O uso concomitante não é recomendado. Administrar a tetraciclina pelo menos 1 a 2 horas antes do antiácido. Monitorar o paciente para eficácia antibiótica.</li> <li>- Ticlopidina: pode haver redução da eficácia. A administração concomitante não é recomendada. Administrar pelo menos 1 a 2 horas antes do antiácido.</li> </ul>		
--	---	--	--

<p>Levonorgestrel + etinilestradiol 50 mcg + 30 mcg comprimido<sup>(37)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes hipoglicemiantes (glibenclâmina, insulina, metformina): aumentam o risco de hipoglicemia. Monitorar glicose sanguínea e avaliar redução da dose do hipoglicemiante.</li> <li>- Amoxicilina, demais penicilinas ou tetraciclínas podem reduzir a eficácia contraceptiva. Pacientes devem ser orientadas para a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento antimicrobiano.</li> <li>- Amprenavir, nelfinavir, nevirapina e ritonavir induzem a biotransformação, com possível perda da eficácia dos contraceptivos. A utilização de métodos contraceptivos não-hormonais deve ser avaliada quando a terapia simultânea for necessária.</li> <li>- Benzodiazepínicos, cafeína, ciclosporina, corticoides, tacrina e teofila têm risco de efeitos adversos aumentados. Monitorar o aumento da resposta aos fármacos e avaliar redução da dose quando possível.</li> <li>- Bexaroteno, bosentana, carbamazepina, felbamato, fenitoína, fenobarbital, griseofulvina, primidona, rifabutina, rifampicina, rifapentina, topiramato: aceleram a biotransformação de contraceptivos hormonais, podendo reduzir sua eficácia. Deve-se orientar para o uso de método contraceptivo adicional durante o tratamento.</li> <li>- Eritromicina e demais macrolídeos podem induzir a biotransformação, comprometer a eficácia contraceptiva e elevar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se orientar para a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento e monitorar sintomas de toxicidade hepática.</li> <li>- Erva-de-são-joão (<i>Hypericum perforatum</i>) induz o metabolismo de estrógenos com redução da concentração plasmática. Deve-se evitar a administração simultânea ou orientar para a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento.</li> <li>- Fosamprenavir pode ter sua concentração sérica reduzida e alterar a biotransformação do contraceptivo, além de</li> </ul>	<p>- não há relatos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: tabagismo (especialmente acima de 15 cigarros/dia); idade superior a 35 anos; depressão, diabetes, obesidade, hipertensão, enxaqueca, histórico familiar de tumor de mama e de tromboembolismo, hiperlipidemias.</li> <li>- Pode ocorrer aumento do risco de tromboembolismo venoso, retenção de fluidos e alterações visuais, especialmente com o uso de lentes de contato.</li> <li>- Alertar a importância de obedecer rigorosamente o horário, diariamente. Usar preferentemente à noite.</li> <li>- Informar que intervalos de administração superiores a 24 horas podem comprometer a eficácia contraceptiva. Recomendar a utilização de métodos contraceptivos adicionais durante os 7 dias subsequentes ao esquecimento.</li> <li>- Orientar para o possível esquecimento de uma dose: ingerir assim que a paciente lembrar. Se o horário já estiver próximo da dose seguinte, as duas doses devem ser ingeridas.</li> </ul>
---	--	-------------------------	--

	<p>eleva o risco de hepatotoxicidade. Orientar para a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento e monitorar o aparecimento de sintomas de toxicidade hepática.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ginseng pode causar efeitos estrogênicos aditivos. Deve-se reduzir a dose de ginseng caso ocorram sintomas como mastalgia e sangramentos entre menstruações.</li> <li>- Lamotrigina pode ter seu metabolismo alterado, com variação das concentrações plasmáticas. As doses do anticonvulsivante devem ser cuidadosamente monitoradas e ajustadas em mulheres em terapia simultânea com contraceptivos hormonais.</li> <li>- Micofenolatos (de metilato ou de sódio) podem acelerar a biotransformação do levonorgestrel, reduzindo a eficácia do contraceptivo. Recomendar a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento.</li> <li>- Rosuvastatina, suco de pomelo ou grapefruit (<i>Citrus paradisi</i>), valdecoxibe: podem reduzir a biotransformação do contraceptivo, elevando as concentrações plasmáticas e a probabilidade de ocorrência de efeitos adversos. Monitorar a incidência de efeitos adversos associados ao contraceptivo.</li> <li>- Selegilina pode ter sua biodisponibilidade oral aumentada. Caso a associação seja necessária, a dose de selegilina deve ser reduzida.</li> <li>- Tizanidina tem risco de efeitos adversos aumentado. Deve-se avaliar medicação alternativa para o tratamento da espasticidade ou a redução da dose da tizanidina.</li> <li>- Varfarina pode ter seu efeito alterado, com redução ou aumento da eficácia anticoagulante. Evitar a administração simultânea. Caso a associação seja necessária, deve-se controlar o tempo de protrombina periodicamente.</li> <li>- Voriconazol pode ter seu metabolismo inibido e inibir o metabolismo do contraceptivo. Monitorar a ocorrência de efeitos adversos associados.</li> </ul>		
--	---	--	--

<p>Medroxiprogesterona 150mg solução injetável<sup>(33)</sup></p>	<p>- Alprazolam pode ter seu risco de toxicidade aumentado pela inibição do metabolismo hepático. Monitorar o aumento da resposta ao benzodiazepínico.</p> <p>- Aprepitanto, bexaroteno, bosentana e rifampicina podem induzir o metabolismo da medroxiprogesterona ministrada por via oral. Orientar para a utilização de método contraceptivo adicional durante o tratamento.</p>	<p>- não há relatos</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: perda de densidade óssea, risco de tromboembolismo, retenção de fluidos orgânicos, asma, depressão, convulsões, epilepsia, enxaqueca, diabetes, hiperlipidemias, disfunções cardíacas, hipertensão, histórico de desenvolvimento de tumor de mama e distúrbios oftálmicos, distúrbios de sangramento menstrual, insuficiência hepática e renal, climatério (sinais e sintomas do climatério podem ser mascarados).</p> <p>- Evitar terapia prolongada. Em caso de esquecimento de uma dose oral, esta deve ser ingerida assim que possível, desde que o horário da dose seguinte não esteja próximo. Cuidado para não duplicar a dose</p>
<p>Noretisterona 0,35mg comprimido<sup>(34)</sup></p>	<p>- Alcaçuz: pode resultar no aumento da retenção de líquidos e da pressão arterial.</p> <p>- Amprenavir, darunavir, nelfinavir, delarvidina, efavirenz, fenitoína, griseofulvina, nevirapina, pioglitazona, primidona, rifabutina, rifampicina, topiramato, troglitazona: eficácia contraceptiva pode ser reduzida.</p> <p>- Aprepitanto e fosaprepitanto: pode reduzir a concentração de noretisterona e sua eficácia contraceptiva mesmo por algum tempo após a última dose, sendo recomendado o uso de método contraceptivo alternativo no primeiro mês após a suspensão do aprepitanto ou fosaprepitanto.</p> <p>- Ciclosporina: aumento do risco de toxicidade por ciclosporina.</p> <p>- Erva-de-são-jão (<i>Hypericum perforatum</i>): metabolismo de progestógenos é aumentado, com redução da eficácia contraceptiva.</p> <p>- Fosamprenavir: pode haver alteração dos níveis</p>		<p>- Usar com cuidado nos casos de: fatores de risco para doença cardiovascular (tabagismo, diabetes, hiperlipidemia, história familiar de doença coronariana), cistos ovarianos funcionais/atresia folicular, carcinoma dependente de hormônio, insuficiência hepática e lactação.</p> <p>- Podem ocorrer gravidez ectópica e sangramento genital irregular.</p> <p>- A eficácia contraceptiva de noretisterona pode ser perdida em 27 horas após a última dose.</p> <p>- Nutrizes devem iniciar a administração da noretisterona pelo menos três dias após o parto.</p> <p>- Se iniciar em dia diferente do 1º dia da menstruação orientar para a necessidade de usar método de barreira a cada relação sexual nas primeiras 48 horas. Tomar o mesmo cuidado se ocorrer vômito ou diarreia até 4 horas após a administração.</p>

	<p>hormonais e aumento do risco de elevação das proteínas hepáticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lamotrigina: progestógenos reduzem concentração plasmática de lamotrigina.</li> <li>- Prednisolona e selegilina: progestógenos aumentam concentração plasmática de prednisolona e de selegilina.</li> <li>- Troleandomicina: risco de hepatotoxicidade e alteração da eficácia contraceptiva.</li> <li>- Valdecóxibe: pode resultar em aumento da exposição à noretisterona.</li> <li>- Varfarina: pode ocorrer tanto aumento como redução do efeito anticoagulante.</li> <li>- Voriconazol: pode resultar em aumento das concentrações de voriconazol e noretisterona..</li> </ul>		
<p>Nitrato de Miconazol creme dermatológico 2%<sup>(16)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoagulantes (acenocumarol, anisindiona, dicumarol, femprocumona e varfarina): pode haver risco aumentado de sangramento com o uso do antimicótico por via oral ou vaginal. Monitorar o tempo de protrombina durante o tratamento concomitante, bem como por ocasião da introdução ou descontinuação do antimicótico. O ajuste de dose do anticoagulante pode ser necessário.</li> <li>- Fenitoína: aumento do risco de toxicidade pela fenitoína com manifestação de sintomas como ataxia, hiperreflexia e tremor. Se possível, evitar a terapia antifúngica sistêmica durante a terapia com fenitoína. Monitorar o paciente quanto a sinais e sintomas de toxicidade por fenitoína e se possível, mensurar os níveis séricos deste fármaco.</li> <li>- Fentanila: miconazol pode aumentar os efeitos da fentanila (depressão do SNC, depressão respiratória).</li> <li>- Pimozida: aumenta o risco de cardiotoxicidade (prolongamento do</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças prematuras não devem utilizar o gel oral nos primeiros 5 a 6 meses de vida.</li> <li>- Cuidado durante uso de preservativos de látex (as preparações intravaginais podem causar danos aos preservativos de látex; usar método contraceptivo adicional durante a administração do creme vaginal).</li> <li>- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de utilizar o medicamento.</li> <li>- Lavar o aplicador com água morna e sabão depois de usá-lo</li> </ul>

	<p>intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). A administração concomitante de miconazol e pimozida é contraindicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolterodina: em uso concomitante com miconazol, a biodisponibilidade de tolterodina pode aumentar em indivíduos com deficiência do complexo citocromo P450.</li> <li>- Trimetrexato: pode ter sua toxicidade aumentada</li> </ul>		
Paracetamol 500mg comprimido <sup>(7)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoagulantes cumarínicos (acenocumarol, varfarina): pode aumentar o risco de sangramento. Pacientes que usam varfarina ou outros anticoagulantes cumarínicos devem ser orientados a diminuir o uso de paracetamol. Considerar o monitoria do tempo de protrombina quando for iniciado ou descontinuado o uso de paracetamol em pacientes sob tratamento anticoagulante. A interação pode ter menor relevância clínica com o uso infrequente ou em baixas doses de paracetamol.</li> <li>- Carbamazepina: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade pelo paracetamol. Em doses terapêuticas usuais dos dois fármacos, não é necessário monitoria especial do paciente.</li> <li>- Etanol: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. Deve-se ter cuidado com pacientes que ingerem 3 ou mais doses de bebidas alcoólicas por dia e utilizem paracetamol. Alcoolistas crônicos devem evitar o uso de paracetamol.</li> <li>- Fenitoína: pode diminuir a efetividade do paracetamol e aumentar o risco de hepatotoxicidade. Evitar doses elevadas e/ou uso prolongado de paracetamol. Monitorar o paciente para evidências de hepatotoxicidade. Em doses terapêuticas dos dois fármacos, geralmente não é necessário monitoria do paciente ou ajuste de dose.</li> <li>- Isoniazida: pode aumentar o risco de hepatotoxicidade. O uso de paracetamol deve ser limitado em pacientes que utilizam isoniazida.</li> <li>- Zidovudina: pode resultar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- com alimentos pode afetar a velocidade de absorção do medicamento.</li> <li>- ingerir o medicamento com um copo cheio de água (cerca de 200 mL).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dose máxima diária de 2g dia.</li> <li>- Não ultrapassar o limite e 35 gotas por dose.</li> <li>- Doses superior 4g, leva danos hepático.</li> <li>- Este medicamento contém açúcar.</li> <li>- Este medicamento não pode ser mastigado ou partido,</li> <li>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência hepática, renal, alcoolismo, pacientes asmáticos com hipersensibilidade ao ácido acetilsalicílico (risco de hipersensibilidade cruzada) e na lactação.</li> <li>- O paracetamol tem pouco ou nenhum efeito anti-inflamatório ou antirreumático.</li> </ul>

	em neutropenia ou hepatotoxicidade. Evitar uso prolongado e múltiplas doses de paracetamol em pacientes tratados com zidovudina.		
Simeticona 75mg/ml solução oral <sup>(35)</sup>	- não há relatos	- não há relatos	
Sulfato ferroso 40mg drágea <sup>(36)</sup>	<p>- Doxiciclina, minociclina, tetraciclina: redução na efetividade desses antimicrobianos e de sais de ferro. Estabelecer intervalo de pelo menos 3 horas antes ou 2 horas após a administração dos outros medicamentos em relação aos sais de ferro.</p> <p>- Gatifloxacino: redução na eficácia de gatifloxacino. Estabelecer intervalo de 4 horas entre a administração de sais de ferro e a de gatifloxacino.</p> <p>- Levodopa: pode aumentar a ocorrência de sintomas da doença de Parkinson. Monitorar paciente e, se houver piora nos sintomas, ajustar dose ou evitar o uso de produtos contendo sais de ferro.</p> <p>- Levotiroxina: risco de hipotireoidismo. Estabelecer intervalo de pelo menos 4 horas entre a administração de sais de ferro e levotiroxina. Monitorar função tiroideana.</p> <p>- Lomefloxacino: evitar uso concomitante. Se for necessário, a dose dos sais de ferro deve ser administrada pelo menos 6 horas antes ou 4 horas após a dose de lomefloxacino.</p> <p>- Metildopa: não é recomendado o uso concomitante a sais de ferro.</p> <p>- Micofenolato de mofetila, ofloxacino: pode haver redução na eficácia do micofenolato. Estabelecer intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de sais de ferro e o micofenolato de mofetila ou ofloxacino.</p> <p>- Moxifloxacino: administrar 4 antes ou 8 horas após os sais de ferro.</p> <p>- Norfloxacino: evitar administração concomitante, fazendo opção por outro antimicrobiano, empregando via intravenosa para norfloxacino ou considerando suspensão temporária dos sais de ferro enquanto usar a quinolona. Se</p>	<p>- Orientar a adoção na dieta de carne vermelha magra, frango, peru, peixe e ácido ascórbico (vitamina C), estimulantes da absorção de ferro não heme.</p> <p>- Prevenir que ácido fítico (grãos não refinados e soja), polifenóis (chá, café, cacau, vinho tinto), cálcio, fósforo e certas proteínas (de soja, albumina de ovo e caseína) são inibidores da absorção de ferro não heme.</p> <p>- Orientar para ingerir o sulfato ferroso com estômago vazio, 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições para aumentar a absorção do ferro. Caso haja desconforto gastrointestinal ingerir após as refeições.</p> <p>- Tomar com água ou suco de fruta: copo cheio (240 mL) para adultos, meio copo (120 mL) para crianças.</p> <p>- Ensinar que as preparações líquidas contendo sais de ferro devem ser bem diluídas em água e, se possível, tomadas através de um canudinho para prevenir manchas nos dentes.</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: úlcera péptica, enterite regional, colite ulcerativa, estreitamento intestinal, divertículos (tais condições inflamatórias do trato intestinal podem ser exacerbadas com a administração oral de ferro); alcoolismo, insuficiência hepática, insuficiência renal; testes laboratoriais (o sulfato ferroso pode causar resultados falso-negativos para testes com glicose oxidase) e idosos (podem requerer doses orais de ferro maiores que adultos jovens para corrigir anemia).</p> <p>- Não deve ser administrado por mais de 6 meses.</p> <p>- Monitorar concentrações plasmáticas de ferritina e ferro para reconhecer e prevenir a hemossiderose.</p> <p>- A dose excessiva de ferro em crianças (usualmente acidental) é mais comum do que em adultos e pode causar efeitos tóxicos. Neste caso, é necessário atendimento médico imediato e é feita a administração intravenosa de desferroxamina.</p>

	<p>a combinação for necessária, administrar a quinolona 2 horas antes ou 4 a 6 horas após a dose dos sais de ferro. Monitorar intensivamente o paciente para verificar eficácia contínua do antimicrobiano.</p> <p>- Omeprazol: redução na biodisponibilidade do ferro não-heme. Monitorar o paciente para eficácia do sulfato ferroso se omeprazol for usado concomitantemente. Considerar administração parenteral dos sais de ferro se for inevitável a administração de ambos.</p> <p>- Penicilamina: dar intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de ferro e da penicilamina.</p> <p>- Zinco: redução da absorção gastrointestinal de ferro e/ou zinco. Dar intervalo de pelo menos 2 horas entre a administração de ferro e a de zinco.</p>		
--	--	--	--

29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.372.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.1088.

30. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.659-660.

31. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.762-763.

32. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.676.

33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 360-361.

34. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos

Básicos de Saúde). p.876-877.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 868-870.

7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 899-900.

35. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

36. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 1006-1008.

## QUADRO 11. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas nas IST's

<p>Fluconazol 150mg comprimido<sup>(37)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acenocumarol, dicumarol, femprocumona, varfarina: aumento do risco de sangramento, por decréscimo do metabolismo do anticoagulante. Em pacientes recebendo terapia anticoagulante, o tempo de protrombina ou a razão internacional normalizada (RNI) deveria ser estreitamente monitorada com a introdução e suspensão do fluconazol, e também durante a terapia simultânea. Ajustes na dose do anticoagulante podem ser necessários a fim de manter o nível desejado de anticoagulação.</li> <li>- Alfentanila e fentanila: efeitos opioides prolongados ou aumentados (depressão do sistema nervoso central e depressão respiratória). Monitorar cuidadosamente pacientes para sinais e sintomas de toxicidade por opioide.</li> <li>- Amitriptilina e nortriptilina: aumento do risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, e parada cardíaca).</li> <li>- Antagonistas de canais de cálcio diidropiridínicos (anlodipino, felodipino, isradipino, nifedipino, nifedipino): decréscimo do metabolismo do antagonista</li> </ul>	<p>- Não há relatos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência renal, especialmente para tratamento prolongado, uso de altas doses, tratamentos prolongados ou uso concomitante com outros fármacos hepatotóxicos (monitorar a função hepática), aumentos nas concentrações das transaminase séricas (8 vezes ou mais que o limite superior) ou sintomas de doença hepática (risco de necrólise hepática; suspender o tratamento).munocomprometidos que desenvolvem exantema durante a terapia com fluconazol (monitorar rigorosamente e descontinuar o tratamento se as lesões progredirem), condições potencialmente pró-arrítmicas por induzirem prolongamento do intervalo QT e torsade de pointes, incluindo o uso de determinados fármacos (aumenta o risco de palpitações, extrasístoles ventriculares e síncope; monitorar</li> </ul>
---	---	-------------------------	--

	<p>de canal de cálcio, resultando em aumento das concentrações séricas e toxicidade (tontura, hipotensão, rubor, cefaleia, edema periférico). O uso concomitante não é recomendado (particularmente com isradipino). Se a combinação de agente diidropiridínico com fluconazol for utilizada, monitorar o paciente para sinais de toxicidade e considerar a redução de dose do antagonista de canais de cálcio ou a suspensão de um dos fármacos.</p> <p>- Astemizol, bepridil, cisaprida, pimozida, tioridazina, ziprasidona: risco aumentado de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>).</p> <p>- Carbamazepina: risco aumentado de toxicidade da carbamazepina (ataxia, nistagmo, diplopia, cefaleia, vômito, apneia convulsões e coma).</p> <p>- Cerivastatina, sinvastatina, rosuvastatina: risco aumentado de miopatia ou rabdomiólise (especialmente com as duas primeiras). Se a administração com fluconazol é necessária, monitorar o paciente para sinais e sintomas de miopatia ou rabdomiólise. Monitorar concentrações de creatinina cinase e descontinuar o uso se houver aumento acentuado deste parâmetro laboratorial, ou em caso de suspeita ou diagnóstico de miopatia ou rabdomiólise.</p> <p>- Ciclosporina: risco aumentado de toxicidade da ciclosporina (disfunção renal, colestase, parestesia).</p> <p>- Cimetidina: redução da absorção gastrointestinal, com decréscimo da efetividade do fluconazol.</p> <p>- Citalopram: risco aumentado de síndrome serotoninérgica. Monitorar sinais e sintomas da síndrome e outros eventos adversos causados pelo citalopram.</p> <p>- Claritromicina e fluoxetina: aumento do risco de cardiotoxicidade</p>		<p>eletrocardiograficamente) e lactação. - Categoria de risco na gravidez</p>
--	--	--	---

	<p>(prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, e parada cardíaca).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Colchicina: aumento das concentrações e da toxicidade da colchicina. Se o uso concomitante for necessário, reduzir a dose da colchicina.</li> <li>- Derivados da ergotamina: risco aumentado de ergotismo (náusea, vômitos, isquemia vasoespástica) devido à inibição do metabolismo pelo citocromo P450 3A4. O uso concomitante com fluconazol é contraindicado.</li> <li>- Fenitoína e fosfenitoína: redução do seu metabolismo, com risco aumentado de toxicidade (ataxia, hiperreflexia, nistagmo, tremores). Ao introduzir o fluconazol, monitorar concentrações da fenitoína e sintomas de toxicidade.</li> <li>- Gemifloxacino, levofloxacino: risco aumentado de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca) por efeitos cardíacos aditivos. A administração simultânea de dois fármacos que prolongam o intervalo QT não é recomendada. Se o uso simultâneo de fluconazol e levofloxacino for considerado necessário, proceder com cautela e monitorar pacientes quanto a dose, ECG e eletrólitos.</li> <li>- Glimepirida: aumento das concentrações de glimepirida e risco de hipoglicemia, devido à inibição da biotransformação da glimepirida, mediada por isoenzima do citocromo P450 (2C9).</li> <li>- Losartana: inibição do metabolismo da losartana em seu metabólito ativo. Monitorar pacientes para controle contínuo de sua hipertensão.</li> <li>- Midazolam: aumento da concentração e toxicidade potencial destes fármacos (sedação excessiva e efeitos hipnóticos prolongados), devido à inibição pelo fluconazol do metabolismo</li> </ul>		
--	--	--	--

	<p>mediado pelo sistema CYP450 3A4 (nefrotoxicidade, hiperglicemia, hiperpotassemia).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nevirapina: aumento das concentrações plasmáticas de nevirapina. A coadministração não é recomendada, sendo necessária extrema cautela na administração concomitante, devendo os pacientes ser rigorosamente monitorados em relação aos efeitos adversos da nevirapina.</li> <li>- Nitrofurantoína: risco aumentado de toxicidade hepática e pulmonar. Evitar o uso concomitante, mas se este for necessário, monitorar a toxicidade hepática e pulmonar.</li> <li>- Rifabutina: aumento da concentração sérica e da toxicidade da rifabutina (uveíte, dor ocular, fotofobia, distúrbios visuais). Monitorar estreitamente o paciente para sintomas de toxicidade. Em caso de uveíte, descontinuar a rifabutina e utilizar agentes midriáticos.</li> <li>- Rifampicina: diminuição das concentrações séricas do fluconazol e da atividade antifúngica.</li> <li>- Rosuvastatina: exposição aumentada à rosuvastatina e risco aumentado de miopatia ou rabdomiólise.</li> <li>- Sinvastatina: risco aumentado de miopatia e rabdomiólise. Inibição pelo fluconazol do metabolismo da sinvastatina mediado pelo citocromo P4503A4. Se a administração concomitante com fluconazol for necessária, monitorar o paciente para sinais e sintomas de miopatia ou rabdomiólise. Monitorar os níveis de creatinina cinase e descontinuar o uso se os níveis mostram aumento acentuado, ou em caso de suspeita diagnóstica de miopatia ou rabdomiólise.</li> <li>- Tacrolimo: concentração aumentada do tacrolimo devido a inibição do seu metabolismo pelo fluconazol, mediado por CYP3A.</li> <li>- Tipranavir: aumento da exposição ao tipranavir,</li> </ul>		
--	--	--	--

	<p>com aumento do risco de efeitos adversos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trimetrexato: toxicidade aumentada do trimetrexato (supressão da medula óssea, disfunção hepática e renal e ulceração gastrointestinal), por redução do seu metabolismo. Se for clinicamente possível evitar a administração concomitante. Caso esta seja necessária, monitorar os níveis séricos e a toxicidade do trimetrexato (supressão da medula óssea, disfunção hepática e renal e ulceração gastrointestinal).</li> <li>- Valdecoxibe: aumento da concentração plasmática e dos efeitos adversos do valdecoxibe (cefaleia, vômitos, náusea e dor abdominal), devido à inibição do metabolismo do valdecoxibe pelo citocromo P4502C9. Monitorar o paciente em relação a efeitos adversos.</li> </ul>		
Nitrato de Miconazol 2% creme vaginal <sup>(16)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anticoagulantes (acenocumarol, anisindiona, dicumarol, femprocumona e varfarina): pode haver risco aumentado de sangramento com o uso do antimicótico por via oral ou vaginal. Monitorar o tempo de protrombina durante o tratamento concomitante, bem como por ocasião da introdução ou descontinuação do antimicótico. O ajuste de dose do anticoagulante pode ser necessário.</li> <li>- Fenitoína: aumento do risco de toxicidade pela fenitoína com manifestação de sintomas como ataxia, hiperreflexia e tremor. Se possível, evitar a terapia antifúngica sistêmica durante a terapia com fenitoína. Monitorar o paciente quanto a sinais e sintomas de toxicidade por fenitoína e se possível, mensurar os níveis séricos deste fármaco.</li> <li>- Fentanila: miconazol pode aumentar os efeitos da fentanila (depressão do SNC, depressão respiratória).</li> <li>- Pimozida: aumenta o risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). A</li> </ul>	- Não há relatos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crianças prematuras não devem utilizar o gel oral nos primeiros 5 a 6 meses de vida.</li> <li>- Cuidado durante uso de preservativos de látex (as preparações intravaginais podem causar danos aos preservativos de látex; usar método contraceptivo adicional durante a administração do creme vaginal).</li> <li>- Lavar as mãos com água e sabão antes e depois de utilizar o medicamento.</li> <li>- Lavar o aplicador com água morna e sabão depois de usá-lo</li> </ul>

	<p>administração concomitante de miconazol e pimozida é contraindicada.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tolterodina: em uso concomitante com miconazol, a biodisponibilidade de tolterodina pode aumentar em indivíduos com deficiência do complexo citocromo P450.</li> <li>- Trimetrexato: pode ter sua toxicidade aumentada</li> </ul>		
<p>Metronidazol 250mg comprimido<sup>(4)</sup> e Metronidazol 100mg/g gel vaginal<sup>(8)</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Álcool etílico: pode resultar em efeito do tipo dissulfiram ou morte súbita. Evitar o consumo de bebidas alcoólicas ou produtos contendo etanol durante o tratamento com todas as apresentações e até pelo menos três dias após a descontinuação do metronidazol.</li> <li>- Amiodarona: aumento do risco de cardiotoxicidade (prolongamento do intervalo QT, <i>torsades de pointes</i>, parada cardíaca). O uso concomitante não é recomendado.</li> <li>- Amprenavir (solução oral): o uso concomitante é contraindicado, pelo aumento do risco de toxicidade pelo propilenoglicol, componente da formulação oral (acidose lática, nefrotoxicidade, taquicardia, etc.).</li> <li>- Dissulfiram: o uso concomitante é contraindicado, pelo aumento do risco de efeitos tóxicos no sistema nervoso central.</li> <li>- Bussulfano: aumento das concentrações e do risco de toxicidade deste fármaco. Evitar o uso concomitante, mas se isto não for possível, monitorar o paciente em relação aos efeitos tóxicos da bussulfano.</li> <li>- Carbamazepina, ciclosporina, lítio, tacrolimo: aumento do risco de toxicidade destes fármacos. Monitorar sinais e sintomas específicos de toxicidade e a concentração plasmática.</li> <li>- Colestiramina: a efetividade do metronidazol pode ser reduzida.</li> <li>- Ergotamina e análogos: aumento do risco de ergotismo. O uso concomitante é contraindicado.</li> <li>- Fluoruracila: aumento das concentrações e do risco de</li> </ul>	<p>- não interage com alimentos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A prescrição de antimicrobianos atenderá o disposto nas Resoluções 20/11 e 68/14, sendo a validade das receitas de 10 (dez) dias a contar da data de sua emissão.</li> <li>- contraindicado em dependência crônica de álcool, hipersensibilidade ao metronidazol e primeiro trimestre da gravidez</li> <li>- usar com precauções na insuficiência hepática e renal.</li> </ul>

	<p>toxicidade deste fármaco. Evitar o uso concomitante, mas se isto não for possível, monitorar o paciente em relação aos efeitos tóxicos da fluoruracila, cujos efeitos gastrintestinais e hematológicos podem limitar a duração do uso combinado.</p> <p>- Micofenolato de mofetila: redução da exposição ao micofenolato, se usado em combinação com metronidazol e norfloxacino. O uso concomitante dos três fármacos não é recomendado. O uso de metronidazol associado apenas ao micofenolato não representa risco.</p> <p>- Varfarina: redução do metabolismo da varfarina, com aumento do risco de sangramento. Monitorar cuidadosamente o tempo de protrombina ao introduzir e descontinuar o metronidazol. Monitorar o paciente para sinais e sintomas de sangramento.</p>		
<p>Penicilina G benzatina 2.4 milhões UI injetável<sup>(38)</sup></p>	<p>- Metotrexato: aumento da toxicidade do metotrexato. Em caso de uso concomitante, considerar redução da dose e monitoramento plasmático do metotrexato. Monitorar efeitos adversos do metotrexato.</p> <p>Tetraciclina: redução da atividade antibacteriana. Monitorar eficácia antibacteriana</p>	<p>- Não há relatos</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: hipersensibilidade às penicilinas (obter história prévia para prevenir novas reações); insuficiência renal, lactação e asma ou alergia significativa.</p> <p>- Hipersensibilidade cruzada com cefalosporinas (menos de 10%): não utilizar cefalosporinas em pacientes com reações de hipersensibilidade imediata às penicilinas.</p> <p>- Pode haver resultado falso-positivo para glicosúria se for usado teste baseado em oxiredução.</p> <p>- Categoria de risco na gravidez</p>

37. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.709-710.

16. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência

Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.868-870.

4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.851-852.

38. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Rename 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.417-418.

## QUADRO 12. Medicamentos prescrito por enfermeiros e suas interações medicamentosas, com alimentos e orientações gerais a serem prescritas para Tuberculose

<b>Medicamento</b>	<b>Interações Medicamentosas</b>	<b>Interações com Alimentos</b>	<b>Orientações Gerais</b>
Rifampicina 150mg <sup>(39)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amiodarona, anticorpos monoclonais (como imatinibe), antirretrovirais (amprenavir, delavirdina, efavirenz, indinavir, maraviroque, nefinavir, nevirapina, ritonavir), atovaquona, dronedarona, imunossuppressores (ciclosporina, tacrolimo, tenosilimo), irinotecano, itraconazol, micofenolato de mofetila, praziquantel, quetiapina, telitromicina: uso concomitante com rifampicina pode resultar em diminuição da concentração plasmática destes fármacos.</li> <li>- Atazanavir e fosamprenavir: pode resultar em diminuição da concentração plasmática de atazanavir. Evitar uso concomitante.</li> <li>- Etonamida, isoniazida e pirazinamida: o uso concomitante com rifampicina pode resultar em hepatotoxicidade. Monitorar função hepática.</li> <li>- Lopinavir e ritonavir: pode resultar em diminuição da concentração plasmática e da efetividade do lopinavir/ritonavir. Uso concomitante é contraindicado, mas pode ser considerado nos casos em que a dose dos inibidores de protease estejam aumentadas. Monitorar hepatotoxicidade.</li> <li>- Saquinavir: pode resultar em diminuição da concentração plasmática e da efetividade do</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar para ingerir o medicamento com estômago vazio, isto é, 1 hora antes ou 2 horas após as refeições.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência hepática, insuficiência renal, dependência crônica ao álcool, porfiria e idosos; mulheres em uso de contraceptivo oral (substituir o contraceptivo ou utilizar método contraceptivo adicional); retomada do tratamento após intervalo prolongado (podem ocorrer reações imunológicas graves, resultando em insuficiência renal, hemólise ou trombocitopenia; se necessário, reiniciar o tratamento com dose reduzida e aumentar gradativamente, e suspender permanentemente se ocorrerem reações adversas graves), uso de lentes de contato gelatinosas (lente pode ter coloração alterada).</li> <li>- Categoria de risco na gravidez - Avaliar função hepática antes do início do tratamento.</li> <li>- Rifampicina e pirazinamida não devem ser utilizadas concomitantemente em pacientes com tuberculose latente, devido aos riscos de toxicidade hepática grave e morte.</li> </ul>

	<p>saquinavir, além de causar aumento da toxicidade hepática. Evitar uso concomitante.</p> <p>- Tipranavir e darunavir: pode resultar em diminuição da concentração plasmática de tipranavir/ritonavir e darunavir, aumentando o risco de resistência. Evitar uso concomitante.</p> <p>- Voriconazol: pode resultar em redução da exposição sistêmica ao voriconazol. Evitar uso concomitante.</p>		
Isoniazida 75 mg <sup>(40)</sup>	<p>- Ácido paraminossalicílico: o uso concomitante pode reduzir a acetilação da isoniazida, resultando em aumento da concentração plasmática deste fármaco na forma ativa. Monitorar os pacientes para os sintomas tóxicos da isoniazida.</p> <p>- Carbamazepina, fenitoína e fosfenitoína: podem apresentar aumento de suas concentrações plasmáticas, resultando em toxicidade (ataxia, nistagmo, diplopia, cefaleia, vômito, apneia, coma). Monitorar efeitos tóxicos e ajustar a dose de acordo com a concentração plasmática.</p> <p>- Cetoconazol: pode ocorrer aumento ou diminuição dos níveis de cetoconazol. Se necessário, ajustar a dose deste.</p> <p>- Diazepam: aumentam o risco de toxicidade do benzodiazepínico (sedação, depressão respiratória). Monitorar sinais de toxicidade. A redução da dose pode ser necessária.</p> <p>- Dissulfiram: pode provocar alterações de comportamento, coordenação e humor. Considerar redução de dose ou interrupção do tratamento com dissulfiram.</p> <p>- Enflurano: diminui a eficácia do anestésico. Monitorar a redução do efeito do enflurano.</p> <p>- Etionamida: pode ocorrer neurite, hepatotoxicidade e encefalopatia. Se possível, evitar o uso concomitante em pacientes com histórico ou predisposição a neuropatias periféricas e problemas hepáticos. Monitorar a função</p>	<p>Orientar para ingerir o medicamento com estômago vazio ou 1 hora antes ou 2 horas após as refeições. Alimentos reduzem a absorção, mas pode ser usado com alimento em caso de desconforto gástrico.</p> <p>Alertar para não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento</p>	<p>- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência renal, insuficiência hepática (monitorar função hepática); desnutrição, diabetes melito, porfiria, dependência crônica de álcool; infecção por HIV (aumenta o risco de neurite); epilepsia, história de psicose; acetiladores lentos (aumenta risco de efeitos adversos); aparecimento de neurite periférica (previne-se com suplementação de piridoxina) e sintomas prodromicos de hepatite associada ao fármaco (fadiga, anorexia, mal-estar, náusea e vômito).</p> <p>- Insuficiência renal e hepática: ver monografia isoniazida + rifampicina.</p> <p>- Lactação</p> <p>- Categoria de risco na gravidez</p>

	<p>hepática regularmente. Monitorar pacientes diabéticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Itraconazol: perda da eficácia do itraconazol. Não administrar concomitantemente.</li> <li>- Levodopa: pode ocorrer piora dos sintomas da doença de Parkinson. Ajustar a dose de levodopa.</li> <li>- Meperidina: pode ocorrer depressão do sistema nervoso central e hipotensão. Evitar o uso concomitante. Monitorar os efeitos tóxicos.</li> <li>- Paracetamol: aumento do risco de hepatotoxicidade. Restringir o consumo de paracetamol em pacientes usuários de isoniazida.</li> <li>- Rifampicina: aumento do risco de hepatotoxicidade. Monitorar a função hepática e os sintomas de toxicidade hepática, especialmente em crianças e adultos com fatores de risco.</li> <li>- Varfarina: aumenta o risco de sangramento. Monitorar cuidadosamente o tempo de protrombina ao introduzir ou descontinuar a isoniazida, bem como durante o tratamento. Se necessário, ajustar dose do anticoagulante</li> </ul>		
Pirazinamida 400mg <sup>(4)</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etonamida: pode potencializar hepatotoxicidade. Somente administrar em pacientes cuja função hepática esteja normal no início do tratamento. Avaliar a função hepática regularmente durante o tratamento. Pacientes diabéticos apresentam maiores riscos de hepatotoxicidade e de dificuldades no controle do diabete. Descontinuar a etionamida se houver significativa alteração nos testes de função hepática.</li> <li>- Zidovudina: pode ocorrer redução significativa das concentrações de pirazinamida. Monitorar a concentração de pirazinamida; tratamento antituberculose alternativo deve ser considerado.</li> <li>- Rifampicina: risco de dano hepático grave. Não usar a combinação por mais de dois meses.</li> <li>- Nunca utilizar este esquema em pacientes que:</li> </ul>	- Alimento não interfere na absorção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar com cuidado nos casos de: diabete melito (a glicemia pode alterar repentinamente; monitorar); insuficiência hepática (monitorar função hepática durante o tratamento); insuficiência renal (monitorar função renal durante o tratamento).</li> <li>- Atentar para os sintomas prodrômicos de hepatite associada ao fármaco (fadiga, anorexia, mal-estar, náusea e vômito).</li> <li>- Categoria de risco na gravidez</li> </ul>

	(1) estejam em uso de outros medicamentos associados com dano hepático; (2) consumam excessivamente bebida alcoólica, mesmo que o álcool seja retirado durante o tratamento; (3) tenham doença hepática; (4) tenham histórico de dano hepático associado a tratamento com isoniazida. Em pacientes que utilizem esta combinação, monitorar aminotransferases e bilirrubina no início e após 2, 4, 6 e 8 semanas de tratamento. Monitorar sinais e sintomas de dano hepático durante todo o tratamento. Alertar o paciente sobre o risco de doença hepática e a necessidade de evitar o uso de outros medicamentos com potencial hepatotoxicidade, inclusive os isentos de prescrição, como, por exemplo, paracetamol.		
Cloridrato de Etambutol 275mg <sup>(42)</sup>	- Antiácidos contendo compostos de alumínio: podem diminuir as concentrações séricas de etambutol. Administrar com intervalo de pelo menos 4 horas.	- Orientar que pode ser tomado com alimento para diminuir irritação gástrica	- Usar com cuidado nos casos de: insuficiência renal, idosos, lactação e crianças abaixo de 13 anos. - É recomendável realizar exame oftalmológico antes e durante o tratamento. - Categoria de risco na gravidez

\* comprimidos combinados.

39. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p. 925-927.

40. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.792-793.

41. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.905-906.

42. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: Renome 2010/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). p.553.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar, esperamos que as informações descritas nesse Manual Educativo, possam ser apreciadas e utilizadas adequadamente pelos profissionais da enfermagem de modo que possam aproveitar todos os itens disponíveis no manual, bem como venham contribuir com o sucesso dos profissionais durante as consultas realizadas em sua prática, tendo o cuidado de prescrever medicamentos de forma segura e racional, contribuindo assim para um cuidado qualificado, tratamento adequado, reabilitação da saúde dos pacientes atendidos pelos enfermeiros.

Desta forma, é possível contribuir para o uso racional de medicamentos atendendo às recomendações da Política Nacional de Medicamentos e seguir as boas práticas para uma prescrição segura, livre de danos e outros eventos adversos prejudiciais à vida do indivíduo, reduzindo complicações clínicas e os custos com complicações relacionadas ao uso inadequado de medicamentos, beneficiando a vida dos pacientes atendidos na Atenção Primária em Saúde e melhorando a gestão dos recursos públicos, bem como fortalecendo o Sistema Único de Saúde.

Assim, evidencia-se a importância do enfermeiro na Atenção Primária, valorizando suas ações e práticas no cotidiano em saúde, garantindo a sua autonomia, melhorando suas consultas de enfermagem, condutas clínicas e contribuindo com o seu crescimento profissional.



## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANTUNES, C. E., et al. Preparo e administração venosa de medicamentos e soros sob a ótica da Resolução COFEN n 311/07. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n.6, p. 843-851. 2010.
  2. BELAGUARDA, M.L.R. Autoridade Prescritiva e Enfermagem: uma análise comparativa no Brasil e no Canadá. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.23,n.6, 1075-73. 2015.
  3. BRASIL. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispões sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providência**. Brasília, DF, jun 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm)>. Acesso em: 12 jul. de 2017.
  4. BRASIL. Decreto Federal Nº 94.406, de 08 de junho de 1987. **Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências**. Brasília, DF, jun. 1987. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1980-1987/decreto-94406-8-junho-1987-444430-norma-pe.html>>. Acesso em: 12 jul. de 2017.
  5. BRASIL. Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. **Dispões sobre Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF, out. 1998. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)>. Acesso em: 13 jul. de 2017.
  6. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização. Brasília, DF. Ministério da Saúde; 2001. 114 p.
  7. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Nº 338 06 de maio de 2004. **Dispõem sobre Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF. mai. 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)>. Acesso em: 01 de jul. 2017.
  8. BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. – Brasília, DF: CONASS, 2007. 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 7).
  9. BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução Diretoria Colegiada - RDC, Nº 20, 9 de maio de 2011. **Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação**. Brasília, DF, mai. 2011. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?journal=...\(Acessado\)](http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?journal=...(Acessado))>
  10. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, 21 de outubro de 2011. **Dispões Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Brasília, DF, out. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)>. Acesso em: 05 mai. de 2017.
  11. BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. Anexo 03: **Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos**. Brasília, DF. 2013.
  12. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529 de 01 de abril de 2013. **Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Brasília, DF, abr. 2013. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529\\_01\\_04\\_2013.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html)>. Acesso em: 10 jul. de 2017.
  13. BORGES, I. A. L. Consulta de enfermagem, prescrição de medicamentos e solicitação de exames por enfermeiros na atenção básica à saúde. **Rev. Enfermagem em Foco**. v.1, n.1: 05-08. 2010.
- 4DOURADOS. Secretária Municipal de Saúde. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Resolução/SEMS Nº. 20, de 28 de Abril de 2017. **Protocolo n.6, Prescrição de Medicamentos pelo Enfermeiro**. Diário Oficial do Município n.4.442. abril, 2017. Disponível em: <<http://do.dourados.ms.gov.br/wp-content/uploads/2017/04/28-04-2017.pdf>>. Acesso em 01 abr. 2017.

15. DE ENFERMAGEM, Conselho Federal - COFEN. Resolução 311/07. **Dispões sobre o código de ética da enfermagem**. Rio de Janeiro - RJ. 2007.
16. DE ENFERMAGEM, Conselho Federal - COFEN. Resolução 358/09. **Dispões sobre Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implantação do Processo de Enfermagem em instituições públicas e privadas em que ocorra o cuidado profissional de enfermagem e da outras providências**. Diário Oficial da União. Brasília - DF. 2009.
17. DE ENFERMAGEM, Conselho Regional do Estado de São Paulo – COREN-SP. **Erros de Medicação: definições e estratégias de prevenções**. São Paulo-SP. 2011.
18. COSTA, R. R. O., et al. O uso da simulação no contexto da educação e formação em saúde e enfermagem: uma reflexão acadêmica. **Espaço para a Saúde**-Revista de Saúde Pública do Paraná, 16(1), 59-65. 2015.
19. DOMBROWSKI, J. G., et al. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n.6, 2013.
20. FRANCO, J. N., et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre fatores causais de erros na administração de medicamentos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n.6, 2010.
21. GIELEN, S. C., et al. The effects of nurse prescribing: a systematic review. **International Journal of Nursing Studies**, v. 51, n.7, 1048-1061. 2014.
22. GOMES, A. T. L., et al. Erros na administração de medicamentos: evidências e implicações na segurança do paciente. **Revista Cogitare Enfermagem**, v.21 n. 3, 2016.
23. GUZZATTO, P; BUENO, D. Análise de prescrições medicamentosas dispensadas na farmácia de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS. **Revista HCPA**. Porto Alegre, RS. v. 27, n. 3, p. 20-26, 2007.
24. MARTINIANO, C. S., et al. Legalização da prescrição de medicamentos pelo enfermeiro no Brasil: história, tendências e desafios. **Revista Texto contexto-enferm.**, Florianópolis, v.24, n.3: 809-17. 2015.
25. MARTINIANO, C. S., et al. Caracterização da prescrição de medicamentos por enfermeiros nos protocolos de Atenção Primária à Saúde [Characterization of medication prescription by nurses in Primary Health Care protocols]. **Revista Enfermagem UERJ**, v.24, n.3: e13923. 2016.
26. MENEZES, M. R., et al. Compreensão das prescrições pediátricas de antimicrobianos em Unidades de Saúde em um município do sul do Brasil. **Revista Brasileira Epidemiologia**, 12.3: 478-89. 2009.
27. MIASSO, A. I. CASSIANI, S. H. B. Erros na administração de medicamentos: divulgação de conhecimentos e identificação do paciente como aspectos relevantes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.1: 16-25. 2000.
28. NASCIMENTO, M. A. et al. Erros na administração de medicamentos na prática assistencial da equipe de enfermagem: uma revisão sistemática. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT**, v3, n.3: 241-246. 2016.
29. OGUISSO, T. FREITAS, G.F. Enfermeiros prescrevendo medicamentos: possibilidades e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v.60, n.2, p. 141-144, 2007.
30. PARANAGUÁ, T. T. B., et al. Prevalência e fatores associados aos incidentes relacionados à medicação em pacientes cirúrgicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 48, n. 1, p. 41-48, 2014.
31. PORTELA, M. C. **Avaliação da qualidade em saúde**. In: ROZENFELD, S. (org.). Fundamentos da Vigilância Sanitária. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 258-269. 2000.
32. RAMALHINHO, I., et al. Padrão de prescrição de antibióticos no Algarve: características do doente e dispersão da terapêutica. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 33, n.2: 207-221. 2015.
33. ROSA, M. B. et al. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n.3: 490-498. 2009.
34. ROSS, J. D.; CLARKE, A; KETTLES, A. M. Mental health nurse prescribing: using a constructivist approach to investigate the nurse–patient relationship. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 21, n.1: 1-10. 2014.
35. ROSS, J. D. Mental health nurse prescribing: the emerging impact. **Journal of psychiatric and mental health nursing**. v. 22, n. 7, 529-542. 2015.

36. SANTANA, J. C. B., et al. Percepção dos enfermeiros acerca da Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção básica de Belo Horizonte. **Enfermagem Revista**, v. 16, n.1: 4-17. 2016.
37. SOUSA, R. P. M., et al. Avaliação do padrão da prescrição médica, segundo os indicadores da OMS para o uso racional de medicamentos nas unidades básicas de saúde de Santarém (PA). **Revista EM FOCO-Fundação Esperança/IESPES**, v.1, n.25: 4-18. 2016.
38. VOLPE, C. R. G., et al. Fatores de risco para erros de medicação na prescrição eletrônica e manual. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 24: 2742. 2016.
39. XIMENES NETO, F. R. G., et al. Olhares dos enfermeiros acerca de seu processo de trabalho na prescrição medicamentos na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 60, n.2. p. 133-140. 2007.



Apoio:



Chamada FUNDECT/CAPES Nº 44/2014 – PAPOS-MS