



Farmácia

*é estabelecimento
de saúde*



*Esse direito
é de todos*

FASCÍCULO 11

Consulta e Prescrição Farmacêutica



Farmácia
*é estabelecimento
de saúde*



*Esse direito
é de todos*



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

*Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde*

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

CONSULTA E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde

Fascículo XI

2016

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

© 2016 Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, Organização Pan-Americana da Saúde
© Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total dessa obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial

1ª edição, 2016 - Tiragem: 55.000 exemplares

*Elaboração, distribuição e informações
(idioma português)*

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE SÃO PAULO
Rua Capote Valente, 487 - Jardim América
CEP: 05409-001 São Paulo/SP - Brasil
www.crfsp.org.br

Diretoria

Presidente | Pedro Eduardo Menegasso
Vice-presidente | Raquel Cristina Delfini Rizzi
Diretor-tesoureiro | Marcos Machado Ferreira
Secretário-geral | Antonio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr.

Conselheiros

Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr., Cecília Leico Shimoda, Claudia Aparecida de Mello Montanari, Célia Tanigaki, Danyelle Cristine Marini de Moraes, Fábio Ribeiro da Silva, Israel Murakami, Luciana Canetto Fernandes, Maria Fernanda Carvalho, Marcos Machado Ferreira, Pedro Eduardo Menegasso, Priscila Nogueira Camacho Dejuste, Raquel Cristina Delfini Rizzi, Adriano Falvo (suplente) e Rosana Matsumi Kagesawa Motta (suplente).

Conselheiros Federais

Marcelo Polacow Bisson
Margarete Akemi Kishi (suplente)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - REPRESENTAÇÃO NO BRASIL

Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
CEP: 70800-400 Brasília/DF - Brasil
<http://www.paho.org/bra>

Autor

Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

Organizador

Grupo Farmácia Estabelecimento de Saúde

Comissão Técnica

Adriano Falvo, Anna Luiza Senna Taguchi, Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Jr., Danielle Bachiega Lessa, Júlio Cesar Pedroni, Luciane Maria Ribeiro Neto, Marcela Cintia Barros, Márcia de Cássia S. Borges, Marcio Barczyszyn Weiss, Nathália Christino Diniz Silva, Reggiani L. S. Wolfenberg, Rodinei Viera Veloso, Rosa Malena D. Massura, Salette Maria K. de Faria, Simone Fatima Lisot, Tatiana Ferrara Barros e Vanessa Boeira Farigo Mourad.

Projeto Gráfico

Bárbara Gabriela
Terena Cunha

Capa e Diagramação

Bárbara Gabriela
Terena Cunha

Revisão ortográfica

Mauro Celso Destácio

1ª tiragem

55.000 Exemplares

Impressão e acabamento

Coan Indústria Gráfica Ltda.
Impresso no Brasil / Printed in Brazil

C766f Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo.
Fascículo XI: Consulta e Prescrição Farmacêutica. / Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. – São Paulo: CRF-SP, 2016.
120 p. : il., 28 cm -- (Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde)
ISBN 978-85-63931-80-1

1. Anamnese. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Continuidade da Assistência ao Paciente. 4. Interações de Medicamentos. 5. Legislação Farmacêutica. 6. Medicamentos Isentos de Prescrição. 7. Prescrições. I. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. II. Grupo Farmácia Estabelecimento de Saúde. III. Título.

CDD-615



APRESENTAÇÃO CRF-SP

A sequência de temas relevantes ao farmacêutico, ao qual se compromete a abordar a série de fascículos Farmácia Estabelecimento de Saúde, não poderia deixar de se aprofundar em um assunto que recentemente tem sido um dos pilares da mudança de paradigma da profissão: a prescrição farmacêutica, inserida no contexto da atuação clínica do profissional. Paralelamente, nessa conjuntura, a consulta torna-se primordial para entender o problema do paciente e, assim, indicar a opção terapêutica mais adequada.

A prescrição farmacêutica é uma oportunidade de assumir um novo posicionamento diante da população, com foco na responsabilidade, qualidade de atendimento e principalmente conhecimento, que sem dúvida irá se reverter em reconhecimento e valorização profissional.

É o momento de trazer para si o comprometimento e documentar o que já era, muitas vezes, realizado de maneira informal. Nada substitui a recomendação por escrito, que traz segurança e qualidade ao ato. O fascículo atenta também para o limite de atuação do farmacêutico e contém informações que vão desde o conceito, regulamentação até algoritmos, que indicam o caminho a ser seguido em diversas situações que podem ocorrer durante o atendimento ao paciente. O fascículo XI “Consulta e Prescrição Farmacêutica” é mais do que um guia de orientação ao profissional, é publicação de referência, para ser utilizada a todo o momento seja no serviço público ou privado.

O papel desse material é auxiliar o farmacêutico a colocar em prática o que sugere a Resolução 586/13: a aproximação com o manejo clínico e cuidados ao paciente, além de integração com os demais membros da equipe de saúde.

Nova etapa do projeto

Diante do avanço da profissão farmacêutica, por meio de diversos marcos regulatórios que envolvem o setor (RDC 44/09, Resoluções CFF 585 e 586/13 e Lei 13.021/14), o CRF-SP entendeu que o antigo projeto “Farmácia Estabelecimento de Saúde” deveria ter seus objetivos modificados. Quando foi criado em 2006, tinha como principal foco a sensibilização de governo e proprietários sobre a importância de transformar a farmácia em estabelecimento de saúde, porém, com esse fato garantido por lei, o projeto passou a auxiliar o farmacêutico na implantação das diversas ações definidas nas normas vigentes.

Para acompanhar essa evolução, o logotipo e a identidade visual utilizados nos materiais do projeto foram modificados, assim como o slogan que passou a ser “Farmácia é estabelecimento de saúde. Esse direito é de todos”.

Esse atual patamar da profissão foi obtido a muitas mãos. Mãos de farmacêuticos, estudantes e porque não dizer de toda a população que entende a importância desse profissional e exige diariamente seu direito. Hoje, ter uma lei federal que assegura que a farmácia é um estabelecimento de saúde é uma vitória conjunta.

O CRF-SP agradece por todo empenho nesses anos e convoca a categoria a continuar nessa batalha, pois há muito ainda o que fazer. A atitude diária de cada profissional ao orientar, prestar serviços com qualidade, acompanhar o tratamento, prescrever com responsabilidade e principalmente encher o peito de orgulho e assumir a profissão que escolheu, fortalece a área e impacta positivamente na vida de cada um.

APRESENTAÇÃO OPAS

Em todo o Mundo, os modelos de assistência à saúde passam por profundas transformações resultantes da demanda por serviços, da incorporação de novas tecnologias e dos desafios de sustentabilidade, e é neste panorama mundial de fortalecimento e melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, que o farmacêutico alinha junto com outros profissionais de saúde, a capacidade de prescrição com base nas necessidades de saúde do paciente e de acordo com a regulação vigente.

A Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) / Organização Mundial da Saúde (OMS) trabalhou no marco de um conceito de Atenção Primária na Saúde renovada, ampliada e focada na atenção ao paciente. A responsabilidade de prescrição para outros profissionais, entre os quais o farmacêutico, aumenta a responsabilidade no manejo clínico dos pacientes, intensificando o processo de cuidado, propiciando alterações nos marcos de regulação em vários países. Com base nessas mudanças, foram estabelecidas, entre outras, a autorização para que distintos profissionais possam selecionar, iniciar, adicionar, substituir, ajustar, repetir ou interromper a terapia farmacológica. Essa tendência surgiu pela necessidade de ampliar a cobertura dos serviços de saúde e incrementar a capacidade de resolução desses serviços.

Em todos os países em que ocorre prescrição farmacêutica de medicamentos, esta foi implantada com base em uma hierarquização clara da autonomia do farmacêutico em prescrever, de acordo com a complexidade da terapia, do serviço, da formação e certificação do profissional, e dos tipos de produtos autorizados pelo órgão sanitário. Esses fatores provocam mudanças na forma de produzir o cuidado à saúde das pessoas, a um tempo em que contribuem para redefinição da divisão social do trabalho entre as profissões da saúde.

O Brasil, ao regular a prescrição farmacêutica, está em consonância com as tendências de maior integração da profissão farmacêutica mundial e com as demais profissões da área da saúde, zelando pelo bem-estar da população e valorizando o profissional farmacêutico. Esta recomendação pode incluir a seleção de opção terapêutica, a oferta de serviços farmacêuticos ou o encaminhamento a outros profissionais ou serviços de saúde. O ato de prescrever não constitui um serviço clínico per se, mas uma das atividades que compõem o processo de cuidado à saúde.

O Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo nesta importante produção científica, em que aborda responsabilidades e procedimentos do farmacêutico na prescrição, bem como uma introdução sobre: acne, dermatites, flatulência e obstipação intestinal, colabora para esclarecer esta nova demanda de saúde e favorece o crescimento profissional da classe farmacêutica brasileira.

José Maria Parisi

*Coordenador da Unidade Técnica Medicamentos e Tecnologias em Saúde
Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS/OMS*



Sumário

PARTE I: CONSULTA E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

1	INTRODUÇÃO	11
2	CONSULTA FARMACÊUTICA.....	13
2.1	ACOLHIMENTO.....	13
2.2	COLETA DE DADOS.....	13
2.3	ANÁLISE SITUACIONAL	17
2.4	ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO.....	22
2.5	ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE.....	25
3	PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA.....	27
3.1	O QUE O FARMACÊUTICO PODE PRESCREVER.....	27
3.2	REDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO.....	29

PARTE II: MANUAIS PARA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

1	INTRODUÇÃO	37
2	DOENÇAS DERMATOLÓGICAS	38
2.1	ACNE.....	38
2.2	DERMATITES OU ECZEMAS	45
3	DOENÇAS GASTRINTESTINAIS.....	60
3.1	FLATULÊNCIA.....	60
3.2	OBSTIPAÇÃO INTESTINAL.....	63

REFERÊNCIAS

Referências.....	77
------------------	----

APÊNDICES

APÊNDICE A – Modelo de prescrição farmacêutica	85
APÊNDICE B – Tabela das principais interações medicamentosas	87



Lista de Siglas

Aine: Anti-inflamatório não esteroidal

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

BHPM: Bis-(P-Hidroxifenil)-Piridil-2-Metano

CFF: Conselho Federal de Farmácia

CRF-SP: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo

DCB: Denominação Comum Brasileira

DCI: Denominação Comum Internacional

ECA: Enzima Conversora de Angiotensina

EPI: Equipamento de Proteção Individual

FDA: *Food and Drug Administration*

IgE: Imunoglobulina E

Imao: Inibidor da monoamina oxidase

OMS: Organização Mundial de Saúde

PIC: Prática Integrativa e Complementar

RAM: Reação Adversa a Medicamentos

RDC: Resolução de Diretoria Colegiada

RNM: Resultado Negativo à Medicação

SNC: Sistema Nervoso Central

SUS: Sistema Único de Saúde



PARTE I

CONSULTA E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA



1 INTRODUÇÃO

Consulta e prescrição farmacêutica. Dois temas de extrema importância para a profissão e que certamente contribuirão para a valorização do farmacêutico e melhora da qualidade de vida da população.

No contexto internacional, fizeram parte de um processo em que os órgãos de saúde estavam migrando suas ações para o paciente e para o sucesso do tratamento. Nesse cenário, surgiu a oportunidade de expandir para outros profissionais, inclusive o farmacêutico, as responsabilidades no manejo clínico dos pacientes, com vistas a fortalecer o cuidado (BRANDÃO, 2014).

No Brasil, o Conselho Federal de Farmácia (CFF) publicou, em meados de 2013, duas resoluções que transformaram a consulta e a prescrição farmacêutica em realidade: a Res. CFF nº 585, que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências, e a Res. CFF nº 586, que regula a prescrição farmacêutica.

A Res. CFF nº 585/2013 coloca como uma das atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo, a provisão da consulta farmacêutica¹ em consultório farmacêutico ou em outro ambiente adequado, que garanta a privacidade do atendimento. Ainda a normativa define que a consulta farmacêutica é o

atendimento ao paciente, respeitando os princípios éticos e profissionais, com a finalidade de obter os melhores resultados com a farmacoterapia e promover o uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde.

A Res. CFF nº 586/2013 expõe que a prescrição farmacêutica constitui uma atribuição clínica do farmacêutico e a define como

ato pelo qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas e não farmacológicas, e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, visando à promoção, proteção e recuperação da saúde, e à prevenção de doenças e de outros problemas de saúde.

O engajamento do farmacêutico no atendimento de problemas de saúde autolimitados² e na indicação de medicamentos poderá resultar em mais tempo para o atendimento médico de condições clínicas mais complexas, pois reduzirá a demanda pelos serviços de atenção primária à saúde, além de colaborar para a transformação da farmácia/drogaria em estabelecimento de saúde e do farmacêutico em profissional centrado no paciente. A consulta e prescrição farmacêutica introduzirão uma nova rotina de aconselhamento farmacêutico e abrirão caminho para a prestação de outros serviços farmacêuticos, tais como o acompanhamento do paciente (CORRER; OTUKI, 2013).

Cabe destacar que é durante a consulta que o farmacêutico busca prevenir e resolver problemas relacionados à saúde e à farmacoterapia, por meio de colaboração e interação direta com o paciente (CORRER, 2013). Desta forma, o farmacêutico deve traçar o perfil epidemiológico da região e as necessidades dos pacientes devem ser os fatores-guia da construção do serviço clínico farmacêutico (CORRER; OTUKI, 2011).

Além disso, é necessário que o farmacêutico considere os aspectos biopsicossociais do paciente e construa com ele uma relação terapêutica de confiança. Por isso, é importante ao farmacêutico (BERGER, 1993 apud REMINGTON, 2005 apud CRF-SP, 2012; BRASIL, 2014c):

¹ De acordo com a Res. CFF nº 585/2013, o consultório farmacêutico é o lugar de trabalho do farmacêutico para atendimento de pacientes, familiares e cuidadores, onde se realiza com privacidade a consulta farmacêutica. Pode funcionar de modo autônomo ou como dependência de hospitais, ambulatórios, farmácias comunitárias, unidades multiprofissionais de atenção à saúde, instituições de longa permanência e demais serviços de saúde, no âmbito público e privado. Os consultórios autônomos devem atentar-se a atestar a regularidade perante o CRF de sua jurisdição e o órgão sanitário local (CFF, 2013).

² Problema de saúde autolimitado: enfermidade aguda de baixa gravidade, de breve período de latência, que desencadeia uma reação orgânica, a qual tende a cursar sem dano para o paciente e que pode ser tratada de forma eficaz e segura com medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica, cuja dispensação não exija prescrição médica, incluindo medicamentos industrializados e preparações magistrais – alopáticos ou dinamizados –, plantas medicinais, drogas vegetais ou com medidas não farmacológicas (BRASIL, 2013a).

- Demonstrar empatia, apoiar, transmitir confiança e respeitar o paciente, de forma não julgadora ou paternalista;
- Agir com profissionalismo e confidencialidade, rompendo as barreiras que o separam da relação direta com o usuário;
- Ouvir ativamente e permitir que o paciente complete suas falas sem interrupções;
- Evitar ou explicar os jargões;
- Utilizar informações baseadas em evidências para informar as intervenções farmacêuticas e explicar as opções de tratamento;
- Fornecer/produzir documentação lógica e correta para registro da consulta;
- Gerenciar o tempo de forma efetiva.

O tempo da consulta farmacêutica dependerá da prática/habilidades já desenvolvidas pelo farmacêutico, do perfil do paciente (aqueles muito complexos, poliqueixosos ou que apresentam muitas dúvidas ou erros com relação à sua farmacoterapia podem demandar uma consulta mais longa) e se a consulta é a inicial ou de retorno (a primeira consulta costuma ser mais longa do que as de retorno, que devem ser focadas na evolução do plano de cuidado pactuado nas consultas anteriores e, portanto, mais objetivas) (BRASIL, 2014c).

Destaca-se ainda que a consulta farmacêutica, incluindo as informações contidas na prescrição, quando houver, deve ser registrada no prontuário do paciente e o registro deve atender à legislação sanitária, às normas institucionais e às regulamentações do conselho profissional (BRASIL, 2011; CFF, 2013).

O prontuário do paciente é um documento de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros da equipe de saúde e a continuidade da assistência prestada. É constituído de um conjunto de informações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, como os problemas de saúde identificados, as orientações fornecidas e intervenções realizadas,

além de informações sobre a prescrição de medicamentos e outros cuidados (BRASIL, 2011).

O farmacêutico deve redigir o prontuário com clareza, incluindo as informações relevantes, de modo a construir o histórico do paciente, e utilizar linguagem técnico-científica, para a equipe de saúde, e coloquial, para fornecer orientações aos pacientes (BRASIL, 2011; CORRER; OTUKI, 2011).

Deve-se tomar cuidado para escutar e interagir com o paciente, sem perder as informações relatadas por ele e registrá-las, proporcionando a sensação de acolhimento e profissionalismo ao paciente (CORRER; OTUKI, 2011).

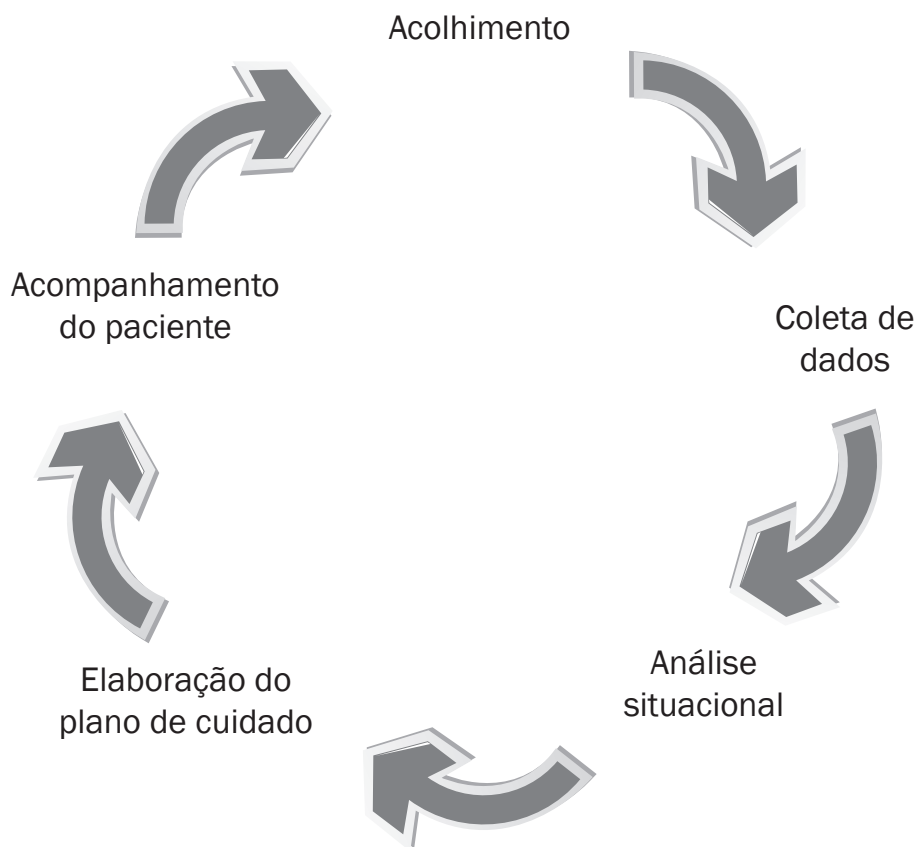
O registro e a guarda de informações poderão ser feitos por meio físico ou eletrônico – neste caso, deverá ser feita cópia de segurança dos dados a cada 24 horas (BRASIL, 2011). Toda a documentação deve ser mantida no estabelecimento por, no mínimo, cinco anos (BRASIL, 2009; BRASIL, 2011).

2 CONSULTA FARMACÊUTICA

Durante a consulta, o farmacêutico deverá seguir diversas etapas. Portanto, com o intuito de estruturar o atendimento farmacêutico, é

apresentado a seguir (Figura 1) um roteiro para a consulta farmacêutica (CORRER; OTUKI, 2011; BRASIL, 2014c).

Figura 1 - Roteiro para a consulta farmacêutica.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2014c.

2.1 ACOLHIMENTO

O processo é geralmente iniciado quando o paciente faz o relato de um problema de saúde ou solicita algum medicamento. É neste momento que o farmacêutico inicia a construção de um relacionamento terapêutico com o paciente, apresentando-se e acolhendo-o (BRASIL, 2014c).

O farmacêutico deve apresentar o propósito e a estrutura da consulta e atentar às questões de conforto e privacidade do paciente (BRASIL, 2014c).

2.2 COLETA DE DADOS

Durante a maioria das consultas, o paciente inicia seu relato focando em seus problemas de saúde, levando o farmacêutico a coletar as informações sobre a história clínica e de medicação antes de coletar os dados do perfil do paciente (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

Entretanto, como a consulta é dinâmica, é possível coletar os dados em qualquer ordem, de acordo com o surgimento das informações, e voltar para itens já coletados para complementar informações relatadas pelo paciente em outros

momentos da consulta. O importante é que todos os dados sobre o perfil do paciente, a história clínica e de medicação sejam coletados e analisados e as necessidades do paciente atendidas (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

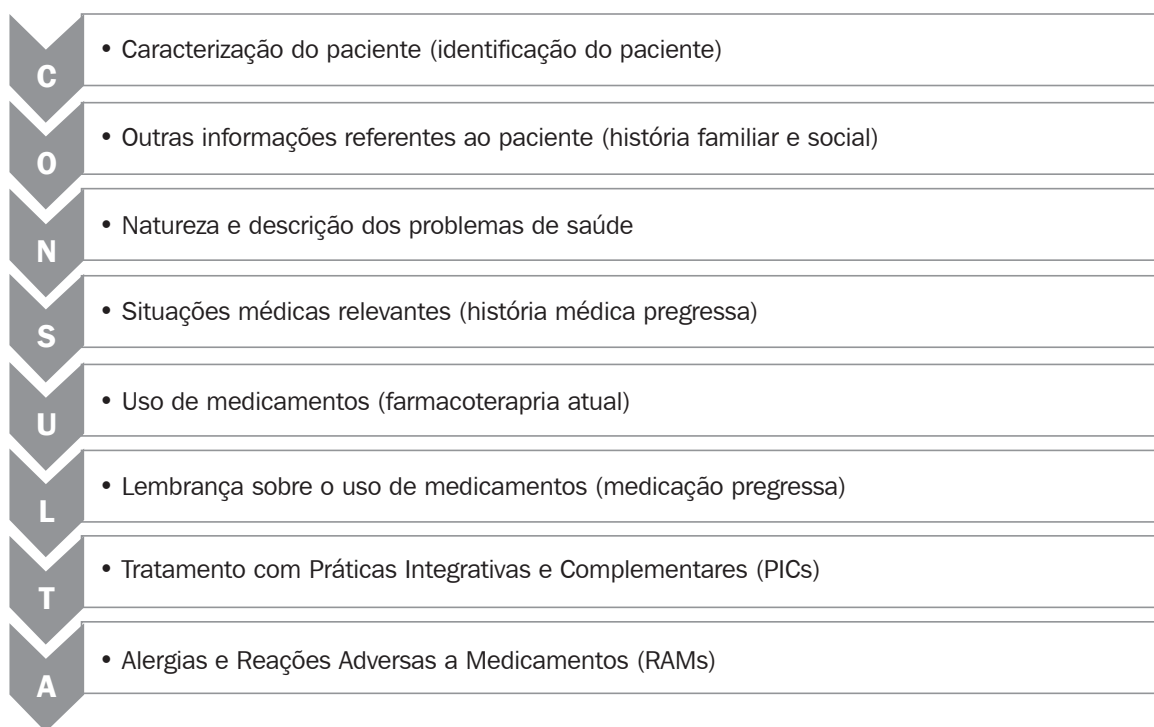
Quando a consulta é agendada, é recomendável solicitar que o paciente leve os medicamentos, receitas médicas e os últimos exames (CORRER; OTUKI, 2011).

A coleta de dados é feita por meio de uma

anamnese e exame clínico das informações coletadas, e o paciente é a principal fonte dessas informações. As iniciais da palavra “CONSULTA” podem auxiliar na memorização dos componentes da entrevista clínica (Figura 2) (CORRER; OTUKI, 2011; CORRER; OTUKI, 2013).

Lembre-se de que a consulta é dinâmica e deve ser conduzida de forma fluida, como um diálogo. Tome muito cuidado para que a consulta não se torne um monólogo!

Figura 2 – Acrônimo “CONSULTA” para auxiliar na memorização da entrevista a ser realizada com o paciente.



Fonte: Autor, 2015.

2.2.1 Caracterização do paciente (identificação do paciente)

O farmacêutico deve identificar aspectos básicos do paciente, como nome, data de nascimento, idade, gênero, peso, altura, se possui limitações, escolaridade, ocupação, telefone e endereço (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

2.2.2 Outras informações referentes ao paciente (história familiar e social)

É importante que o farmacêutico conheça a história social do paciente (consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo, uso de drogas ilícitas, hábitos de higiene e prática de atividade física), sua rotina e hábitos alimentares (se está fazendo alguma dieta específica, se possui restrições alimentares por recomendação profissional, se faz algum exagero e como é o consumo de água) (BRASIL, 2014c).

Além disso, o farmacêutico deve verificar os problemas médicos principais de parentes de primeiro grau do paciente, como hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doenças coronarianas, câncer, osteoporose, alcoolismo e transtornos mentais. Em relação aos parentes falecidos, recomenda-se levantar dados referentes à idade e causa do óbito (CORRER; OTUKI, 2013).

2.2.3 Natureza e descrição dos problemas de saúde

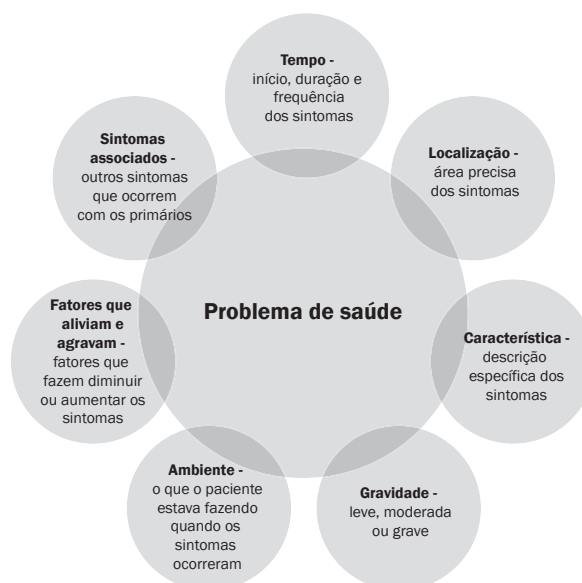
Conhecer detalhadamente os problemas de saúde que o paciente apresenta e reunir informações sobre o estado clínico atual de cada um deles é um passo fundamental durante a entrevista clínica.

Dessa forma, para cada doença já diagnosticada, o farmacêutico deve registrar no prontuário os resultados dos exames clínico-laboratoriais e os parâmetros fisiológicos e bioquímico, quando houver, além dos sinais e sintomas do paciente e o estado clínico atual (BRASIL, 2014c).

Ainda cabe ao profissional identificar alguns elementos relacionados à história do problema de saúde atual (motivo que pode ter levado o pacien-

te à consulta), conforme apresentado na Figura 3. É importante que o registro no prontuário respeite uma ordem cronológica, seja preciso e suficientemente detalhado e não apresente descrições excessivas ou redundâncias (CORRER; OTUKI, 2013).

Figura 3 – Elementos que compõem a história do problema de saúde atual.



Fonte: CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c.

Vale destacar que todas as vezes em que o paciente relatar um novo problema de saúde durante os diferentes momentos da consulta, o farmacêutico deverá levantar as informações citadas anteriormente (BRASIL, 2014c).

2.2.4 Situações médicas relevantes (história médica progressa)

É importante verificar também ocorrências médicas que não obrigatoriamente estejam relacionadas aos problemas atuais do paciente (hospitalizações, procedimentos cirúrgicos, acidentes, lesões, entre outras) (CORRER; OTUKI, 2013).



2.2.5 Uso de medicamentos (farmacoterapia atual)

O farmacêutico deve saber se o paciente está utilizando algum medicamento (prescrito e/ou por automedicação), uma vez que ele pode ser a própria causa da queixa relatada (o sintoma apresentado pode ser decorrência do medicamento utilizado) e/ou representar contraindicação ao uso de certos medicamentos. É necessário também que o farmacêutico conheça a rotina de medicação do paciente, seu padrão de utilização dos medicamentos, sua experiência de medicação e sua motivação em cumprir o tratamento (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

Dessa forma, por meio de perguntas abertas que permitam ao paciente explicar com suas próprias palavras, o farmacêutico deve levantar, de modo detalhado, informações sobre medicamentos em uso, incluindo (BRASIL, 2014c):

- Nome;
- Concentração;
- Indicação (verificar se o paciente conhece a indicação);
- Via de administração;
- Dose;
- Frequência;
- Horários de uso;
- Utilização concomitante a alimentos;

- Posologia utilizada;
- Duração do tratamento;
- Origem da prescrição, no caso de medicamentos prescritos;
- Percepção do paciente sobre os efeitos/funcionamento (se o paciente acha que o medicamento tem funcionado bem ou não);
- Dificuldades na utilização.

O farmacêutico deve questionar sobre o uso de polivitamínicos, vacinas, cremes, pomadas e adesivos, pois muitos pacientes não consideram estes produtos como medicamentos (BRASIL, 2014c).

Em relação à experiência de medicação, o farmacêutico deve observar as atitudes, desejos, expectativas, receios, entendimento e o comportamento do paciente com relação aos medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

Quanto à adesão ao tratamento, o farmacêutico deve adotar uma abordagem centrada no paciente e não julgá-lo ou culpá-lo por utilizar os medicamentos de forma diferente do que foi prescrito (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c). Alguns fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento estão citados na Figura 4.

Figura 4 – Fatores que podem influenciar a adesão ao tratamento.

Fatores ligados ao tratamento

- Complexidade da farmacoterapia, duração do tratamento, custo do tratamento e reações adversas aos medicamentos

Fatores ligados à condição de saúde

- Doenças crônicas, condições assintomáticas e condições com prognóstico ruim

Fatores ligados ao paciente

- Limitações cognitivas e funcionais, conhecimento sobre as condições de saúde, conhecimento sobre os medicamentos, dificuldades físicas e motoras, crenças, preocupações, percepção do paciente sobre seu estado de saúde e seu tratamento

Fatores sociais e econômicos

- Falta de suporte familiar e social, crenças culturais, falta de acesso aos medicamentos e serviços de saúde

Fatores relacionados ao sistema e à equipe de saúde

- Falta de acompanhamento e orientação dos pacientes, problemas na seleção, na programação, na aquisição e na distribuição dos medicamentos

Fonte: WEINGART et al., 2005; BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012 apud BRASIL, 2014c.

2.2.6 Lembrança sobre o uso de medicamentos (medicação pregressa)

O farmacêutico deve verificar com o paciente se ele utilizou algum medicamento no passado para o problema de saúde atual e de qual forma ele foi utilizado. Ainda é importante questionar o paciente sobre o uso de medicamentos para problemas progressivos relevantes, focando em medicamentos que obtiveram sucesso para casos específicos ou que produziram poucos efeitos ou efeitos adversos (CORRER; OTUKI, 2013).

Recomenda-se reunir informações sobre o nome do medicamento, data e período de uso, dose, frequência, resultados obtidos e informações sobre o prescritor, quando houver (CORRER; OTUKI, 2013).

Esses dados serão de grande valia para auxiliar o farmacêutico sobre como proceder, uma vez que é possível estimar a gravidade do problema (problemas já tratados com um medicamento aparentemente adequado apontam indícios de maior gravidade e indicam a necessidade de encaminhamento a outro profissional) (CORRER; OTUKI, 2013).

2.2.7 Tratamento com Práticas Integrativas e Complementares (PICs)

O campo das PICs contempla sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde, por meio de tecnologias eficazes e seguras. São eles: medicina tradicional chinesa-acupuntura, homeopatia, plantas medicinais e fitoterapia e termalismo social/crenoterapia (tratamento com águas minerais) (BRASIL, 2006).

Nesse contexto, durante a entrevista clínica, o farmacêutico deve estar atento também às questões relacionadas ao tratamento com PICs, verificando qual é a prática envolvida, para qual finalidade está sendo utilizada, com qual frequência, bem como o modo de preparo e utilização, caso se aplique.

Cabe destacar que os fitoterápicos industrializados ou as formulações caseiras, por possuírem substâncias que podem interferir na ação terapêutica, devem ser documentados da mesma forma e no mesmo local que os outros medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c).

2.2.8 Alergias e Reações Adversas a Medicamentos (RAMs)

Além dos itens citados anteriormente, existem algumas situações que o farmacêutico deve observar antes de tomar a decisão sobre como proceder, como, por exemplo, o histórico de alergia do paciente (a medicamentos ou alimentos) e se ele apresentou RAMs, o que pode contraindicar o uso de determinados medicamentos.

O farmacêutico deve questionar ao paciente se algum medicamento que ele utiliza ocasiona algum incômodo e se ele sente ou sentiu, nos últimos meses, algum dos sintomas mais comuns que podem ser causados por medicamentos, como dor de cabeça, tontura, problema gastrointestinal, dor muscular, entre outros (BRASIL, 2014c).

Caso o paciente afirme sentir ou ter sentido algum dos sintomas, o farmacêutico deve efetuar uma anamnese sobre a história desse problema de saúde (BRASIL, 2014c).

2.3 ANÁLISE SITUACIONAL

Nessa etapa, o farmacêutico deverá analisar os problemas de saúde do paciente e os medicamentos utilizados, procurando identificar os resultados negativos, manifestados ou suspeitos, associados à medicação (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CORRER; OTUKI, 2013).

Os Resultados Negativos à Medicação (RNMs) são resultados na saúde do paciente não adequados ao objetivo da farmacoterapia e associados ao uso ou à falha no uso de medicamentos (COMITÉ DE CONSENSO, 2007, tradução nossa). Ou seja, os RNMs são problemas de saúde ou alterações não desejadas no estado de saúde do paciente

atribuíveis ao uso (ou desuso) dos medicamentos (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Os RNMs são organizados em seis categorias, conforme a Figura 5.

Figura 5 – Categorias dos RNMs.

Necessidade

- **Problema de saúde não tratado**
O paciente sofre de um problema de saúde associado a não receber a medicação que necessita.
- **Efeito de medicamento não necessário**
O paciente sofre de um problema de saúde associado a receber um medicamento que não necessita.

Efetividade

- **Inefetividade não quantitativa**
O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade não quantitativa da medicação.
- **Inefetividade quantitativa**
O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma inefetividade quantitativa da medicação.

Segurança

- **Insegurança não quantitativa**
O paciente sofre de um problema de saúde associado a uma insegurança não quantitativa de um medicamento.
- **Insegurança quantitativa**
O paciente tem um problema de saúde associado a uma insegurança quantitativa de um medicamento.

Fonte: COMITÊ DE CONSENSO, 2007, tradução nossa.



A fim de classificar os RNMs, é preciso que o farmacêutico considere as três premissas que a farmacoterapia usada pelo paciente deve cumprir: ser necessária, efetiva e segura (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Para avaliar a necessidade da farmacoterapia utilizada, o farmacêutico deve questionar se o medicamento é necessário, ou seja, se existe algum problema de saúde (real ou potencial) que justifique o seu uso (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CORRER; OTUKI, 2013).

Se o paciente não apresentar ou não estiver em risco de sofrer um problema de saúde que justifique o uso do medicamento, ele é considerado desnecessário. Nesse caso, é importante que o farmacêutico verifique se o uso desse medicamento pode produzir um dano (resultado negativo manifestado) ou, no mínimo, constituir o risco de aparecer (suspeita de resultado negativo). Não é preciso que o farmacêutico avalie a efetividade e a segurança dessa farmacoterapia (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Caso a farmacoterapia seja necessária, o farmacêutico deverá avaliar se ela é efetiva, ou seja, se o objetivo terapêutico pretendido está sendo alcançado (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CORRER; OTUKI, 2013).

Em alguns casos, o tratamento pode ser considerado efetivo mesmo se os objetivos terapêuticos não forem atingidos, como, por exemplo, quando o controle do problema de saúde é difícil de atingir e a farmacoterapia está conseguindo uma melhoria considerável (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Se o farmacêutico detectar um RNM relacionado à inefetividade, ele deve questionar se há relação entre o RNM identificado e a quantidade de medicamento, fazendo com que seja determinado se a inefetividade é quantitativa ou não (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Após a avaliação da efetividade, independentemente do resultado, o farmacêutico deverá avaliar a segurança de cada medicamento. O medica-

mento é considerado inseguro quando produz ou agrava algum dos problemas de saúde do paciente, manifestado ou não (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; CORRER; OTUKI, 2013).

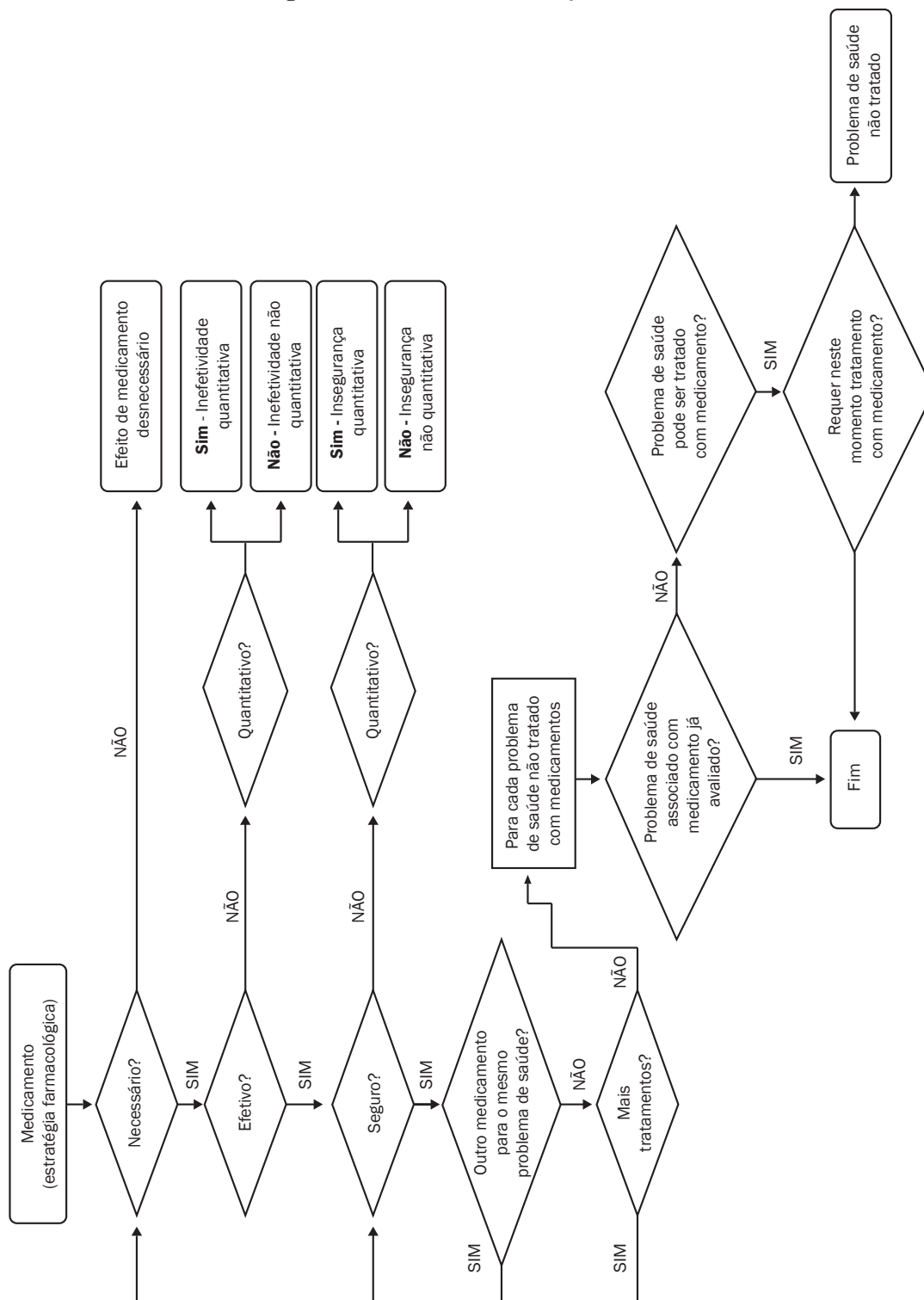
Vale destacar que, quando a insegurança (efeito indesejado do medicamento) está sendo tratada com outro medicamento, o farmacêutico deve avaliar também a efetividade do medicamento que trata a insegurança (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Caso o farmacêutico identifique um RNM relacionado à insegurança, ele deve questionar se existe uma relação entre a insegurança e a quantidade do medicamento envolvido, fazendo com que seja determinado se a insegurança é quantitativa ou não (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

Após verificar a necessidade, efetividade e segurança de cada medicamento, o farmacêutico deve analisar se há algum problema de saúde não tratado e que não tenha sido relacionado com os RNMs identificados anteriormente. Em caso positivo, é necessário determinar se o problema pode ser tratado com medicamento. Se a resposta for afirmativa, será detectado um RNM (o paciente sofre de um problema de saúde por não receber a medicação de que necessita) (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

O processo de identificação de RNMs poderá ser verificado na Figura 6.

Figura 6 – Processo de identificação de RNMs.



Fonte: Adaptado de HERNÁNDEZ et al., 2006 apud CORRER; OTUKI, 2013.



Vale destacar que situações como interações medicamentosas podem ser consideradas possíveis causas de problemas de efetividade ou segurança da farmacoterapia (CORRER; OTUKI, 2013). Portanto, o farmacêutico deve avaliar as interações medicamentosas clinicamente significantes (Figura 7) (BRASIL, 2013a).

As características do paciente também podem favorecer a ocorrência de interações. Os idosos, por exemplo, possuem funções renal e hepática diminuídas, o que leva à eliminação mais lenta dos fármacos, podendo provocar interações (BRASIL, 2010). Ainda, o uso de medicamentos específicos pode exacerbar doenças, condições ou síndromes preexistentes (CORRER; OTUKI, 2013).

Figura 7 – Tipos de interações medicamentosas.

Medicamento-medicamento	Medicamento-nutriente
Os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pelo uso de outro(s) medicamento(s).	Os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pelo uso simultâneo com alimentos ou por condições nutricionais do paciente.

Fonte: BRASIL, 2010; BRASIL, 2012.

Interações medicamento-medicamento

As interações entre medicamentos podem ser classificadas como farmacodinâmicas ou farmacocinéticas (Quadro 1), podendo levar ao aumento ou diminuição de efeito terapêutico ou de efeito tóxico de um ou de outro medicamento (BRASIL, 2010). As interações podem ser sinérgicas,

quando as ações e relações entre os membros de um mesmo grupo farmacológico ou entre grupos farmacológicos diferentes se processam na mesma direção, ou antagônicas, quando se processam em direções contrárias (CRF-SP, 2014).

Quadro 1 – Tipos de interações medicamento-medicamento.

Interações farmacodinâmicas	Interações farmacocinéticas
Ocorrem quando os efeitos de um fármaco são alterados pela presença do outro no seu sítio de ação ou no mesmo sistema fisiológico, envolvendo os mecanismos pelos quais os efeitos desejados se processam e, assim, alterando a ação de um ou ambos os fármacos.	Ocorrem quando um fármaco interfere no processo de absorção, distribuição, biotransformação ou excreção do outro fármaco.

Fonte: BRASIL, 2010; BRASIL, 2012.

Interações medicamento-nutriente

As interações medicamento-nutriente (alimentos, bebidas e suplementos dietéticos) podem ocorrer por mecanismos complexos, podendo provocar alterações dos efeitos terapêuticos dos medicamentos (CORRER; OTUKI, 2013).

É de suma importância que o farmacêutico conheça os fármacos cuja velocidade de absorção e/ou quantidade absorvida possa ser afetada na presença de alimentos (BRASIL, 2012), pois, dessa forma, quando for realizar uma intervenção, poderá definir/organizar o regime terapêutico (administração concomitante a alimentos, a fim de aumentar a absorção ou diminuir o efeito irritante sobre o estômago; administração com estômago vazio – uma hora antes ou duas depois das refeições – no caso de medicamentos que têm a disponibilidade e a eficácia diminuídas se administrados com alimentos) (BRASIL, 2010).

Cabe destacar também que alguns medicamentos podem alterar o estado nutricional do paciente (exemplo: laxantes), assim como o estado nutricional do paciente pode interferir no efeito de alguns medicamentos (exemplo: pacientes com baixo nível de albumina decorrente da baixa ingestão de proteína) (BRASIL, 2010; CORRER; OTUKI, 2013).

Lembre-se: trabalhar com problemas da farmacoterapia exige do farmacêutico uma postura voltada para o cuidado e não apenas para o produto, sendo necessária uma visão integral do paciente, sua família e relações sociais (CORRER; OTUKI, 2011).

2.4 ELABORAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO

Após avaliar o paciente, coletar as informações relevantes, estudar o caso e identificar problemas relacionados à farmacoterapia (presentes e potenciais), o farmacêutico deverá elaborar, em conjunto com o paciente, um plano de cuidado (CORRER; OTUKI, 2013).

O plano de cuidado tem como objetivo definir como manejar os problemas de saúde do pacien-

te e o que fazer para que haja êxito no tratamento (CORRER; OTUKI, 2013). Ele deve incluir (BRASIL, 2013b):

- Definição das metas terapêuticas;
- Intervenções farmacêuticas;
- Ações a serem realizadas pelo paciente;
- Responsabilidades e atividades pactuadas entre o paciente e o farmacêutico;
- Agendamento para retorno e acompanhamento.

Como o cumprimento do plano de cuidado depende do paciente, ele deve se comprometer e compreender que é o protagonista de seu tratamento (BRASIL, 2010; CORRER; OTUKI, 2013).

Perguntas importantes para a elaboração de um plano de cuidado (PEREIRA, 2011)

1. Quais as metas terapêuticas que você e o seu paciente pretendem atingir?
2. O que e como fazer para intervir de forma a resolver os RNMs detectados durante a avaliação inicial?
3. Quais intervenções você vai propor para garantir que o paciente atinja as metas terapêuticas?
4. Quando você vai avaliar o seu paciente para determinar os resultados das suas intervenções?

2.4.1 Definição das metas terapêuticas

O reconhecimento das metas terapêuticas pelo paciente pode levar ao aumento da concordância e adesão ao tratamento, uma vez que aumenta o conhecimento do paciente sobre sua condição (CORRER; OTUKI, 2013).

As metas terapêuticas devem ser exequíveis e permitir melhorar e/ou manter o estado de saúde do paciente (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007). Elas devem especificar o que se pretende atingir (objetivos terapêuticos) e em qual prazo, além de indicadores que possibilitem avaliar se os objetivos foram alcançados (CORRER; OTUKI, 2013).



Entre os principais objetivos terapêuticos que se pretende atingir estão (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004 apud CORRER; OTUKI, 2013):

- Cura da doença;
- Controle da doença;
- Alívio de sintomas;
- Prevenção de doenças.

A fim de definir o prazo necessário para alcançar os resultados desejados, o farmacêutico deve considerar (CIPOLLE; STRAND; MORLEY, 2004 apud CORRER; OTUKI, 2013):

- O tempo esperado para que sejam produzidas as primeiras evidências de efeitos;
- O tempo necessário para obtenção de uma resposta completa da farmacoterapia.

Como indicadores que podem possibilitar que o farmacêutico avalie se o objetivo foi alcançado, é possível utilizar sinais ou sintomas e resultados de exames laboratoriais e parâmetros de monitoramento ou fisiológicos e bioquímico (CORRER; OTUKI, 2013).

Além de definir as metas terapêuticas, é importante que o farmacêutico defina as prioridades, ou seja, ele deverá hierarquizar as metas terapêuti-

cas, considerando a relevância clínica dos problemas de saúde (gravidade objetiva – importância do problema no estado de saúde do paciente), assim como as preferências dos pacientes (gravidade subjetiva – importância que o paciente dá para o problema de saúde) (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

2.4.2 Definição das intervenções farmacêuticas

Após a definição das metas terapêuticas e das prioridades, o farmacêutico deverá definir quais intervenções serão necessárias.

As intervenções farmacêuticas são ações decorrentes de uma tomada de decisão e objetivam modificar alguma característica do tratamento, do paciente ou das circunstâncias que o envolvem. Cabe destacar que, para atingir as metas terapêuticas, o farmacêutico pode empreender tantas intervenções quantas forem necessárias (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

O Quadro 2 apresenta algumas intervenções que o farmacêutico pode realizar.

Quadro 2 – Exemplos de intervenções farmacêuticas.

Alterar a dose, horários do uso, frequência e/ou duração do(s) tratamento(s)
Suspender medicamento(s)
Substituir medicamento(s) por outro(s) de composição, forma farmacêutica ou via de administração diferente
Educar sobre o uso do(s) medicamento(s) por meio de instruções e precauções para a correta utilização e administração
Alterar atitudes em relação ao tratamento (reforçar a importância da adesão ao tratamento)
Educar em medidas não farmacológicas (medidas higiênico-dietéticas que favoreçam o cumprimento dos objetivos terapêuticos)
Aconselhar sobre o automonitoramento da doença
Realizar a notificação
Solicitar exames laboratoriais, no âmbito de sua competência profissional, com a finalidade de monitorar os resultados da farmacoterapia
Realizar a conciliação de medicamentos
Prescrever terapias farmacológicas e/ou não farmacológicas e/ou outras intervenções relativas ao cuidado do paciente

Fonte: SABATER et al., 2005 apud HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007; BRASIL, 2013a; CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014c.

A seguir, são detalhadas algumas das intervenções farmacêuticas.

2.4.2.1 Prescrição farmacêutica

Para fins didáticos, a prescrição farmacêutica será tratada neste material em um capítulo separado (Capítulo 3).

2.4.2.2 Educação e orientação farmacêutica ao paciente

Por meio da educação ao paciente, pretende-se que ele assuma uma maior responsabilidade em relação à sua própria saúde e, conseqüentemente, contribua para atingir as metas terapêuticas (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007). Portanto, a orientação farmacêutica tem como objetivo principal estimular a adesão ao tratamento proposto.

O farmacêutico deve focar a orientação nas metas terapêuticas, nas mudanças de comportamento que serão necessárias e na frequência de seguimento. Deverá informar, minimamente (BRASIL, 2010; BERGER, 2011; CORRER; OTUKI, 2013):

- A terapêutica selecionada;
- O que esperar do tratamento;
- Quanto tempo esperar até que os efeitos apareçam (no caso de terapias farmacológicas, por exemplo, se não for informado que o início da ação demora mais tempo do que o paciente espera, ele poderá tomar uma dose a mais por acreditar que o medicamento não está fazendo efeito, ou deixar de utilizá-lo);
- Em quais situações buscar ajuda de outro profissional de saúde;
- As mudanças comportamentais necessárias;
- Prazo/data para retorno à consulta farmacêutica.

As explicações deverão ser objetivas, em linguagem clara e acessível. Quando houver uso de medicamentos, o farmacêutico deverá destacar as seguintes informações (BRASIL, 2010; BERGER, 2011; BRASIL, 2011; CORRER; OTUKI, 2013; CRF-PR, 2013; BRASIL, 2014c):

- Nome do medicamento;
- Indicação – falar sobre a indicação do tratamento promove confiança na terapia definida pelo farmacêutico;
- Efeito esperado (inclusive o tempo para obter o efeito);
- Posologia;
- Via de administração;
- Precauções de uso, particularmente alimentos e bebidas a evitar;
- Efeitos colaterais e reações adversas – é importante que os pacientes compreendam a extensão do risco a que eles estão expostos ao utilizar o medicamento;
- Interações;
- Cuidados no preparo, administração, armazenamento e descarte;
- Importância do uso e da adesão ao tratamento para a saúde.

O abandono ao tratamento pode estar relacionado, entre outros fatores, à falta de confiança na terapia escolhida. Portanto, recomenda-se que o farmacêutico reafirme a importância do tratamento e seus benefícios, após orientar o paciente sobre as reações adversas, efeitos colaterais e interações que podem ocorrer. Além disso, é importante que o farmacêutico escute do paciente suas preocupações e barreiras em relação ao tratamento e, junto com ele, proponha soluções para superá-las (BERGER, 2011).

Algumas pesquisas apontam que a combinação de informações verbais e escritas parece ser mais efetiva (JOHNSON; SANDFORD, 2004). Principalmente para pacientes que utilizam vários medicamentos ao mesmo tempo, o ideal é que as instruções também sejam fornecidas de forma escrita, por meio de fôlder informativo e/ou cartões da medicação (CRF-SP, 2010b).

Se o paciente apresentar dificuldade, caso o farmacêutico realize alguma prescrição, ele pode utilizar o seu verso para destacar os principais cuidados durante o uso do medicamento, como repouso, horários de administração, ingestão de alimentos, efeitos adversos, entre outros (MADRUGA; DE SOUZA, 2009).



Para verificar se o paciente entendeu as orientações fornecidas, o farmacêutico pode solicitar que ele repita as principais informações, por meio de perguntas como “Apenas para confirmar que fui claro, a senhora poderia me falar como irá tomar seu medicamento? Em qual horário?”, “Em qual local a senhora irá guardar seu medicamento?”. Dessa forma, as respostas incorretas podem ser corrigidas e as corretas elogiadas, estimulando a adesão ao tratamento (BERGER, 2011).

Considerando que o envolvimento do paciente é fundamental para determinar o que ele compreendeu e irá lembrar e a boa relação paciente-profissional é peça-chave na adesão à farmacoterapia (BERGER, 2011; LYRA JUNIOR; MARQUES, 2012), é fundamental que o farmacêutico demonstre empatia e se coloque à disposição do paciente.

2.4.2.3 Notificação

A notificação é o instrumento universal empregado para implementação da farmacovigilância (DIAS FIGUEREDO SOUZA et al., 2002).

A farmacovigilância é definida como a ciência e as atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção dos efeitos adversos ou quaisquer outros problemas associados a medicamentos (OMS, 2002 apud CRF-SP, 2015). Desta forma, as principais situações a serem notificadas são (CRF-SP, 2012):

- Suspeita de RAMs;
- Eventos adversos por desvio de qualidade de medicamentos;
- Eventos adversos decorrentes do uso não aprovado de medicamentos;
- Interações medicamentosas;
- Inefetividade terapêutica, total ou parcial;
- Intoxicações relacionadas a medicamentos;
- Uso abusivo de medicamentos;
- Erros de medicação, potenciais e reais.

Cabe ressaltar que a Lei Federal nº 13.021/2014 prevê que o farmacêutico, no exercício de suas atividades, é obrigado a notificar os profissionais de saúde, bem como o laboratório industrial, dos efeitos colaterais, das reações adversas, das intoxicações, voluntárias ou não, e da farmacodependência observados e registrados na prática da farmacovigilância (BRASIL, 2014d)³.

2.4.3 Fechamento da consulta

Trata-se do último item da elaboração do plano de cuidado. Nesse momento, o farmacêutico deve garantir que o paciente entendeu todas as orientações e colocar-se à disposição caso surja alguma dúvida ou dificuldade após a consulta (BRASIL, 2014c).

Deve-se definir o prazo e frequência de retorno do paciente, para avaliar os resultados do tratamento e das intervenções. O tempo entre as consultas dependerá da análise de alguns fatores, como a gravidade do problema de saúde relatado pelo paciente e a complexidade do tratamento (BRASIL, 2014c).

De qualquer maneira, o tempo entre as consultas deve ser suficiente para a evolução da farmacoterapia em termos de efetividade e segurança (BRASIL, 2014b).

2.5 ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

As consultas de retorno servem para o acompanhamento individual do paciente. Os pacientes com tratamentos mais complexos ou dificuldade em utilizar os medicamentos requerem um acompanhamento mais longo e retornos mais frequentes, de forma a alcançar os resultados propostos pelas metas terapêuticas (BRASIL, 2014b).

Novas consultas também podem ser necessárias pelo aparecimento de novos problemas de saúde, novos medicamentos ou ainda por solicitação do paciente (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÄDER, 2007).

³ Para obter mais informações sobre a farmacovigilância, consulte o Fascículo VIII do Projeto Farmácia Estabelecimento de Saúde – Dispensação de Medicamentos e o Manual de Orientação ao Farmacêutico: Lei nº 13.021/2014 e Valorização Profissional.



As consultas deverão seguir sempre as mesmas etapas, com exceção dos dados do perfil do paciente, que será coletado apenas na primeira. Nas consultas posteriores, deve-se dar ênfase à atualização do estado clínico dos problemas de saúde, aos resultados das intervenções anteriores e à atualização da farmacoterapia atual. Novos problemas e intervenções devem ser registrados, juntamente com as ações pactuadas com o paciente (BRASIL, 2014c).

É durante o acompanhamento que o farmacêutico perceberá se as hipóteses de problemas com a farmacoterapia estavam corretas, de acordo com a evolução clínica do paciente, mediante as intervenções propostas pelo farmacêutico (CORRER; OTUKI, 2013).

Essa evolução poderá ser verificada por meio de indicadores clínicos (exames laboratoriais, equipamentos de medição, resultados avaliados pelo profissional ou relatados pelo paciente) (CORRER; OTUKI, 2013).

Cabe ao farmacêutico avaliar as questões a seguir durante as consultas, para verificar se os objetivos da farmacoterapia foram alcançados e registrá-los no prontuário do paciente:

- Verificar se a intervenção realizada foi aceita pelo paciente e/ou outros profissionais da saúde;
- Assegurar que as intervenções promovidas foram mantidas pelo paciente e/ou outros profissionais da saúde;
- Avaliar o efeito da intervenção após o tempo necessário;
- Verificar a necessidade de inserir novas intervenções (HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

É de suma importância que o farmacêutico tome as devidas providências de acordo com cada caso:

- a) Resolução do problema:** o tratamento deverá ser encerrado, devendo-se reforçar as orientações sobre os hábitos saudáveis;
- b) Persistência ou piora dos sintomas:** encaminhar o paciente a outro profissional de saúde (CORRER; OTUKI, 2013);

- c) Surgimento de novos problemas de saúde:** reiniciar um novo processo de consulta farmacêutica (CORRER; OTUKI, 2011).

3 PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Conforme citado nos capítulos anteriores, a prescrição farmacêutica trata-se de uma intervenção pela qual o farmacêutico seleciona e documenta terapias farmacológicas, não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde, além de prevenir doenças e outros problemas de saúde (BRASIL, 2013b).

A prescrição é um documento com valor legal, pelo qual se responsabilizam aqueles que prescrevem, dispensam e administram os medicamentos ali especificados, e tem por objetivo tornar claras as instruções aos pacientes e demais profissionais de saúde, garantindo a fidelidade da interpretação e a objetividade da informação (OSÓRIO-DE-CASTRO; PEPE, 2011). Dessa forma, a prescrição atribui um grau de responsabilidade sanitária pela segurança do paciente, além de permitir a rastreabilidade das ações (BRASIL, 2013a).

No ato da prescrição, de acordo com a Res. CFF nº 586/2013, o farmacêutico deverá orientar suas ações de maneira ética, sempre observando o benefício e o interesse do paciente, mantendo autonomia profissional e científica em relação às empresas, instituições e pessoas físicas que tenham interesse comercial ou possam obter vantagens com a prescrição farmacêutica.

Ainda, de acordo com a normativa, a prescrição farmacêutica poderá ocorrer em diferentes estabelecimentos farmacêuticos, consultórios, serviços e níveis de atenção à saúde, desde que respeitado o princípio da confidencialidade e a privacidade do paciente no atendimento.

ATENÇÃO

A prescrição farmacêutica em si não constitui um serviço e, portanto, não pode ser cobrada.

3.1 O QUE O FARMACÊUTICO PODE PRESCREVER

Além de terapias não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado à saúde do paciente, é permitido ao farmacêutico prescrever medicamentos cuja finalidade terapêutica não exija prescrição médica e medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, desde que respeitado o disposto na Res. CFF nº 586/2013 (BRASIL, 2013b).

Caberá ao farmacêutico selecionar o que irá prescrever – dentro de um plano de cuidado – com base nas necessidades de saúde do paciente e em evidências científicas atualizadas e confiáveis, observando-se segurança, eficácia, custo e conveniência, pautado em princípios éticos e em conformidade com as políticas de saúde vigentes (BRASIL, 2013b).

A prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, prevista no artigo 6º da Res. CFF nº 586/2013, não será abordada no presente fascículo.

Conforme a Res. CFF nº 586/2013, a prescrição farmacêutica pode ser emitida por farmacêutico habilitado e registrado no CRF de sua jurisdição. Porém, assim como qualquer outra atividade farmacêutica, a prescrição requer a aquisição e o desenvolvimento de habilidades e competências profissionais para que o ato seja realizado com qualidade.

PARA REFLETIR: VOCÊ ESTÁ PREPARADO?

O exercício da prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica cuja dispensação não exija prescrição médica deverá estar fundamentado em conhecimentos e habilidades clínicas que abrangem boas práticas de prescrição, fisiopatologia, semiologia, comunicação interpessoal, farmacologia clínica e terapêutica (BRASIL, 2013b).

Além dos conhecimentos e habilidades clínicas citados na Res. CFF nº 586/2013, sugere-se que o farmacêutico tenha conhecimento em farmacodinâmica, farmacocinética, dose, interações, efeitos adversos, regulamentações (sanitárias e profissionais) e uso de fontes de informação, bem como habilidades e atitudes voltadas, principalmente, para a abordagem crítica da informação sobre medicamentos (BRASIL, 2010).

O ato da prescrição de medicamentos dinamizados e de terapias relacionadas às PICs deverá estar fundamentado em conhecimentos e habilidades relacionados a estas práticas (BRASIL, 2013b).

3.1.1 Terapias não farmacológicas e outras intervenções relativas ao cuidado do paciente

Por meio da prescrição, o farmacêutico poderá selecionar terapias não farmacológicas (ex.: orientações para mudança de estilo de vida, como alimentação balanceada e prática moderada de atividade física), ofertar serviços farmacêuticos ou encaminhar o paciente a outros profissionais ou serviços de saúde (CFF, 2013).

O encaminhamento do paciente a outro profissional de saúde para avaliação e realização da ação mais adequada poderá ocorrer por diversos motivos, entre os quais se destacam (BRASIL, 2013b; CORRER; OTUKI, 2013; KRINSKY et al., 2014 apud CFF, 2015):

- Casos em que o farmacêutico apresentar dúvidas na identificação da necessidade de saúde do paciente;
- Pacientes idosos, gestantes, lactantes ou crianças menores de dois anos;
- Pacientes com sintomas persistentes ou graves;
- Pacientes com recorrência de sintomas que não foram aliviados com tratamento prévio;
- Casos onde há a necessidade de modificação

de medicamentos prescritos, com o propósito de auxiliar na seleção, adição, substituição, ajuste ou interrupção da farmacoterapia do paciente, quando não houver acordo de colaboração⁴.

Para encaminhar o paciente a outro profissional de saúde, o farmacêutico deverá se manifestar de forma técnica fundamentada e resumida sobre questões específicas no âmbito de sua atuação, ou seja, deverá apresentar um laudo farmacêutico, com a identificação de problemas do paciente e propostas de resolução (BRASIL, 2013b; CORRER; OTUKI, 2013).

Além disso, recomenda-se que o farmacêutico seja breve, claro, objetivo e cordial, utilize linguagem técnica, não indique proposição de diagnóstico ou prognóstico e se coloque à disposição do profissional para colaborar no que for possível, demonstrando sua responsabilidade e comprometimento com a continuidade do cuidado e o trabalho multidisciplinar (CRF-SP, 2012; CORRER; OTUKI, 2013).

Sugere-se que as seguintes informações sejam repassadas ao outro profissional de saúde (MACHUCA; MARTÍNEZ ROMERO; FAUS, 2000 apud CORRER; OTUKI, 2013):

- Identificação do estabelecimento farmacêutico, consultório ou serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado (nome, endereço, telefone e CNPJ);
- Identificação do paciente, medicamentos envolvidos na situação e problemas de saúde sob tratamento;
- Problemas da farmacoterapia identificados e manifestações clínicas que fundamentam a suspeita (sinais, sintomas, medidas clínicas);
- Relação entre os problemas encontrados e a farmacoterapia do paciente, incluindo possíveis causas. Proposta de solução dos problemas, incluindo alternativas terapêuticas e sugestões;

⁴ Vale ressaltar que, de acordo com a Res. CFF nº 586/2013, “é vedado ao farmacêutico modificar a prescrição de medicamentos do paciente, emitida por outro prescritor, salvo quando previsto em acordo de colaboração, sendo que, neste caso, a modificação, acompanhada da justificativa correspondente, deverá ser comunicada ao outro prescritor”.

- Despedida formal, reforçando a solicitação de avaliação do prescritor sobre o problema, colocando-se à disposição e reforçando a continuidade do cuidado que será prestado;
- Data, carimbo e assinatura do farmacêutico.

Além de solicitar que o paciente entregue a prescrição ao profissional de saúde, é importante que o farmacêutico faça uma via para o paciente e mantenha uma cópia no estabelecimento, junto ao prontuário (MACHUCA; MARTÍNEZ ROMERO; FAUS, 2000 apud HERNÁNDEZ; CASTRO; DÁDER, 2007).

3.1.2 Terapias farmacológicas

A prescrição de medicamentos e outros produtos com finalidade terapêutica cuja dispensação não exija prescrição médica pode incluir medicamentos industrializados e preparações magistrais (alopáticos ou dinamizados), plantas medicinais e drogas vegetais (BRASIL, 2013b).

Para selecionar a terapia farmacológica, o farmacêutico deverá definir (CORRER; OTUKI, 2013):

- A classe farmacológica (de acordo com o mecanismo de ação e efeitos farmacológicos pretendidos);
- A via de administração (de acordo com a velocidade de ação necessária ou formas farmacêuticas disponíveis⁵);
- O medicamento (incluindo fármaco, forma farmacêutica, dosagem e apresentação).

Além disso, é importante que o farmacêutico atente às informações obtidas anteriormente e à possibilidade da ocorrência de interações medicamentosas.

Após a definição dos itens citados anteriormente, o farmacêutico deve definir o regime terapêutico, ou seja, dose, frequência, horários de uso, duração do tratamento e outras instruções, como o uso com alimentos e preparo dos medicamentos. O regime terapêutico deve ser individualizado,

considerando as características e parâmetros específicos de cada paciente, adequado à rotina do paciente, a fim de facilitar a adesão ao tratamento e prevenir erros de administração, e ter como base a melhor prova científica disponível (BRASIL, 2010; BERGER, 2011; CORRER; OTUKI, 2013).

3.2 REDAÇÃO DA PRESCRIÇÃO

A prescrição farmacêutica deverá ser redigida em português, por extenso, legível, observando-se a nomenclatura e o sistema de pesos e medidas oficiais, sem emendas ou rasuras e devendo conter minimamente (BRASIL, 2013b) (veja modelo no apêndice A):

- Cabeçalho:** Identificação do estabelecimento farmacêutico, consultório ou serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado. Opcionalmente, pode-se colocar o endereço do estabelecimento no rodapé da receita.
- Superinscrição:** Nome completo e contato do paciente. Além dessas informações, pode conter o endereço e a idade do paciente.
- Inscrição:** Descrição da terapia (farmacológica ou não farmacológica) ou de outra intervenção relativa ao cuidado do paciente. Nos casos em que houver terapia farmacológica, a prescrição deve conter o nome do medicamento ou formulação, concentração/dinamização, forma farmacêutica, via de administração, dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento.

Para melhor compreensão da prescrição, recomenda-se (NÉRI; VIANA; CAMPOS, 2008; BRASIL, 2010):

- Não utilizar abreviações, como “comp.”, “cap.”, “VO”, “cx.” e “2/2h”;
- Não empregar “vírgula e zero” após a dose/quantidade, evitando que a prescrição de “3,0” seja entendida como “30” ou “0,3” como “3”, gerando um erro de 10 vezes a dose desejada;

⁵ Cabe destacar que, de acordo com a Res. Anvisa nº 138/2003, os medicamentos administrados por via parenteral são de venda sob prescrição médica.

- Não prescrever “se necessário”, “usar como costume” ou “usar como habitual”, pois pode incentivar a automedicação, uma vez que transfere a responsabilidade da prescrição ao paciente ou a quem deve administrar o medicamento.

No âmbito privado, o CFF recomenda que se adote preferencialmente a Denominação Comum Brasileira (DCB) ou Denominação Comum Internacional (DCI), mesmo não sendo obrigatório (BRASIL, 2013b).

Já no Sistema Único de Saúde (SUS), a prescrição de medicamentos deverá adotar a DCB ou, na falta dela, a DCI (BRASIL, 2013b).

- d) Subinscrição: Quantidade a ser fornecida.
- e) Adscrição: Orientações sobre a utilização correta dos medicamentos.
- f) Data e assinatura: Local e data da prescrição, assinatura, nome completo do farmacêutico e número de registro no CRF.

É importante destacar que prescrições incompletas podem levar a erros de dispensação e utilização dos medicamentos, podendo prejudicar a saúde do paciente (CORRER; OTUKI, 2013). Dessa forma, o farmacêutico deve ficar atento ao preenchimento completo de todas as informações.

O Quadro a seguir apresenta uma lista para checagem dos principais itens da prescrição farmacêutica.

Quadro 3 – Lista para checagem dos principais itens da prescrição farmacêutica.

Itens	Constam?			
	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Identificação do estabelecimento farmacêutico, consultório ou serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Nome completo do paciente	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Contato do paciente	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Nome do medicamento ou formulação (DCB ou DCI)	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Concentração/dinamização	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Forma farmacêutica	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Via de administração	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Posologia (dose e frequência)	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Duração do tratamento	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Quantidade de medicamento a ser fornecida	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Descrição da terapia não farmacológica ou de outra intervenção relativa ao cuidado do paciente, quando houver	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Orientações sobre a utilização correta dos medicamentos	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Local e data da prescrição	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Nome completo do farmacêutico	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Assinatura	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não
Número de registro no CRF	<input type="checkbox"/>	Sim	<input type="checkbox"/>	Não

Fonte: Adaptado de CORRER; OTUKI, 2013.



É proibido ao farmacêutico (BRASIL, 2013b):

- Prescrever sem identificar-se ou sem identificar o paciente;
- Prescrever de forma secreta, codificada, abreviada, ilegível;
- Assinar folhas de receituários em branco;
- Utilizar a prescrição farmacêutica como propaganda e publicidade de qualquer natureza.

Será garantido o sigilo dos dados e informações do paciente, obtidos em decorrência da prescrição farmacêutica, sendo vedada a sua utilização para qualquer finalidade que não seja de interesse sanitário ou de fiscalização do exercício profissional (BRASIL, 2013b).

Cabe ao farmacêutico, no ato da prescrição, atentar-se aos aspectos éticos e legais relativos aos documentos que serão entregues ao paciente (BRASIL, 2013b).

A responsabilidade administrativa do farmacêutico decorre de ato contrário à legislação sanitária ou profissional e que infringe, desta forma, o Código de Ética Farmacêutica (BRASIL, 2014a).

Dependendo do fato determinante da infração ética, o farmacêutico pode responder também nas esferas civil e criminal⁶ e solidariamente, ainda que por omissão, pelos atos que autorizar ou dele-

gar no exercício da profissão, conforme o Artigo 4º do Anexo I da Res. CFF nº 596/2014.

Sendo a prescrição farmacêutica regulada pela Res. CFF nº 586/13, qualquer descumprimento ao regulamentado nesta resolução pode ser caracterizado como infração ética, pois, de acordo com o Código de Ética Farmacêutica:

Art. 10 – O farmacêutico deve cumprir as disposições legais e regulamentares que regem a prática profissional no país, sob pena de aplicação de sanções disciplinares e éticas regidas por este regulamento.

A seguir, estão destacadas algumas condutas ligadas à prescrição farmacêutica que, caso infringidas, poderão caracterizar infrações éticas e disciplinares, além da classificação dessas infrações.

Quadro 4 – Infrações éticas e disciplinares ligadas à prescrição farmacêutica.

Resolução CFF nº 596/2014	Classificação da infração
<p>Art. 12 – O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:</p> <p>(...)</p> <p>IV – respeitar o direito de decisão do usuário sobre seu tratamento, sua própria saúde e bem-estar, excetuando-se aquele que, mediante laudo médico ou determinação judicial, for considerado incapaz de discernir sobre opções de tratamento ou decidir sobre sua própria saúde e bem-estar;</p>	LEVE


(continua na página seguinte)

⁶ Para mais informações sobre a responsabilidade civil e criminal, consulte o capítulo 3 do Fascículo VIII – Dispensação de Medicamentos.

(continuação)

Resolução CFF nº 596/2014	Classificação da infração
<p>Art. 12 – O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:</p> <p>(...)</p> <p>VI – guardar sigilo de fatos e informações de que tenha conhecimento no exercício da profissão, excetuando-se os casos amparados pela legislação vigente, cujo dever legal exija comunicação, denúncia ou relato a quem de direito;</p>	GRAVE
<p>Art. 12 – O farmacêutico, durante o tempo em que permanecer inscrito em um Conselho Regional de Farmácia, independentemente de estar ou não no exercício efetivo da profissão, deve:</p> <p>(...)</p> <p>VII – respeitar a vida, jamais cooperando com atos que intencionalmente atentem contra ela ou que coloquem em risco a integridade do ser humano ou da coletividade.</p>	GRAVE
<p>Art. 14 – É proibido ao farmacêutico:</p> <p>(...)</p> <p>IV – praticar ato profissional que cause dano material, físico, moral ou psicológico, que possa ser caracterizado como imperícia, negligência ou imprudência;</p>	GRAVE
<p>Art. 14 – É proibido ao farmacêutico:</p> <p>(...)</p> <p>XVI – exercer a profissão em estabelecimento não registrado, cadastrado e licenciado nos órgãos de fiscalização sanitária, do exercício profissional, na Junta Comercial e na Secretaria de Fazenda da localidade de seu funcionamento;</p>	MEDIANA
<p>Art. 14 – É proibido ao farmacêutico:</p> <p>(...)</p> <p>XXVII – submeter-se a fins meramente mercantilistas que venham a comprometer o seu desempenho técnico, em prejuízo da sua atividade profissional.</p>	LEVE
<p>Art. 18 – Na relação com os Conselhos, obriga-se o farmacêutico a:</p> <p>I – observar as normas (resoluções e deliberações) e as determinações (acórdãos e decisões) dos Conselhos Federal e Regionais de Farmácia.</p>	MEDIANA

Fonte: Brasil, 2014a.



No caso de caracterização de infrações éticas e disciplinares leves, serão aplicadas as seguintes penas:

- a) primeira vez - advertência sem publicidade;
- b) segunda vez - advertência por escrito, sem publicidade, com o emprego da palavra “censura”;
- c) terceira falta e outras subsequentes - multa no valor de um a três salários mínimos regionais, que serão elevados ao dobro no caso de reincidência.

Já para as infrações éticas e disciplinares medianas, será aplicada a pena de multa no valor de um a três salários mínimos regionais, que será elevada ao dobro, ou aplicada a pena de suspensão, no caso de reincidência. Para as classificadas como graves, será aplicada a pena de suspensão de três meses na primeira vez; de seis meses na segunda vez; e de 12 meses na terceira vez.

Além disso, na hipótese de diversas condutas praticadas pelo profissional, oriundas do mesmo fato ou processo ético-disciplinar, as punições serão aplicadas de forma cumulativa e sequencial.





PARTE II

MANUAIS PARA PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA



1 INTRODUÇÃO

De acordo com a Res. CFF nº 586/2013, o manejo de problemas de saúde autolimitados é considerado uma das atribuições clínicas do farmacêutico relativas ao cuidado à saúde, nos âmbitos individual e coletivo.

Dessa forma, cabe ao farmacêutico conhecer os principais problemas que usualmente acometem a população, incluindo a epidemiologia, etiologia e sinais e sintomas. Além disso, é impres-

cindível que o farmacêutico conheça as terapias, farmacológicas e não farmacológicas, que podem ser aplicadas em cada caso.

É importante também que o farmacêutico tenha conhecimento sobre o risco de teratogenicidade de cada fármaco. O *Food and Drug Administration* (FDA) enquadra os medicamentos em cinco categorias, conforme apresentado no quadro a seguir (Quadro 5).

Quadro 5 – Categorias de risco de fármacos destinados às mulheres grávidas.

CATEGORIA	DESCRIÇÃO
A	Em estudos controlados em mulheres grávidas, o fármaco não demonstrou risco para o feto no primeiro trimestre de gravidez. Não há evidências de risco nos trimestres posteriores, sendo remota a possibilidade de dano fetal.
B	Os estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas também não há estudos controlados em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram riscos, mas que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres grávidas.
C	Não foram realizados estudos em animais e nem em mulheres grávidas; ou então, os estudos em animais revelaram risco, mas não existem estudos disponíveis realizados em mulheres grávidas.
D	O fármaco demonstrou evidências positivas de risco fetal humano, no entanto os benefícios potenciais para a mulher podem, eventualmente, justificar o risco, como por exemplo, em casos de doenças graves ou que ameacem a vida, e para as quais não existam outras drogas mais seguras.
X	Em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto maior do que qualquer benefício possível para a paciente.

Fonte: CRF-SP, 2010a.

É necessário que o farmacêutico se mantenha atualizado e busque fontes confiáveis de informação.

Nesse sentido, com a intenção de auxiliar o farmacêutico, os manuais apresentados a seguir têm informações práticas sobre os medicamentos e/ou produtos cuja dispensação não exija prescrição médica que o farmacêutico poderá prescrever para

cada doença abordada, além das principais interações desses medicamentos (Apêndice B), as quais podem levar a diversos efeitos indesejados.

Cabe ressaltar que os fármacos elencados nos manuais podem apresentar-se comercialmente também em medicamentos e/ou produtos que contenham associações que necessitem prescrição médica.

LEMBRE-SE!

A prescrição de medicamentos cuja dispensação exija prescrição médica, prevista no artigo 6º da Res. CFF nº 586/2013, não será abordada no presente fascículo.

2 DOENÇAS DERMATOLÓGICAS

A pele é um dos maiores órgãos do corpo humano, atingindo até 16% do peso corporal. É constituída por epiderme (porção epitelial), derme (porção conjuntiva), hipoderme (tecido subcutâneo) e anexos cutâneos (pelos, glândulas sudoríparas e glândulas sebáceas). Dentre suas funções incluem-se proteção, uma vez que evita perda de água e eletrólitos, bem como a entrada de micro-organismos; termorregulação; sensorial (recebe os estímulos de dor, calor, frio); excreção de substâncias; formação de vitamina D3 e respostas imunológicas aos alérgenos (DELUCIA et al., 2007; CORRÊA, 2012; GREENE; HARRIS, 2012).

No entanto, apesar de a pele ser um órgão resistente e com grande capacidade de proteção, podem ocorrer lesões inflamatórias, como, por exemplo, as dermatites ou eczemas e acnes. Desta forma, a atuação do farmacêutico é essencial para auxiliar pacientes com problemas dermatológicos, promovendo o uso racional de medicamentos e otimizando a farmacoterapia, com o propósito de melhorar a qualidade de vida do paciente. Além disso, de acordo com a Res. CFF nº 586/13, o farmacêutico pode realizar a prescrição de medicamentos cuja dispensação não exija prescrição médica, a qual deve ser realizada com base nas necessidades de saúde do paciente, nas melhores evidências científicas, em princípios éticos e em conformidade com as políticas de saúde vigentes (CORRÊA, 2012; GREENE; HARRIS, 2012; KRINSKY et al., 2012; BRASIL, 2013b).

2.1 ACNE

2.1.1 Definição

Doença de pele bastante frequente, decorrente de um processo inflamatório na unidade pilossebácea, formada por glândulas sebáceas e o canal no qual se forma o pelo. Pode aparecer em todas as idades e ambos os sexos, porém

sua maior incidência e gravidade acontecem na adolescência (FINKEL; PRAY, 2007; SBCD, s.d.).

ATENÇÃO!

Serão abordadas neste fascículo apenas as formas mais brandas da acne (estágio I), que podem ser tratadas com produtos que não exigem prescrição médica e tratamentos não farmacológicos, pois os estágios mais graves da acne (estágios II, III e IV) podem produzir cicatrizes permanentes e necessitam de medicamentos cuja dispensação exige prescrição médica.

Recomenda-se que os pacientes com acne grau II, III e IV sejam encaminhados ao médico.

2.1.2 Epidemiologia e etiologia

Praticamente todos os adolescentes, independentemente do sexo, sofrem com o aparecimento da acne, que normalmente se inicia na puberdade, devido às alterações hormonais. Aparece mais cedo nas mulheres, porém é mais frequente e intensa nos homens (BRENNER et al., 2006; FINKEL; PRAY, 2007; SCHMITT; MASUDA; MIOT, 2009).

Em adolescentes e adultos jovens, é mais comum no sexo masculino, devido à ação dos hormônios androgênicos, já em adultos (acima de 25 anos) é mais comum nas mulheres. Pessoas de pele clara têm maior probabilidade de sofrer com as formas moderadas e graves da acne do que as demais (BRENNER et al., 2006; FINKEL; PRAY, 2007; COSTA; LAGE; MOISÉS, 2010).

Considerada uma dermatose crônica específica do folículo pilossebáceo, pode sofrer interferência de alguns fatores: clima quente e úmido, genética, hormônios, alimentação, faixa etária, estresse, aumento da produção sebácea, hiper-

queratinização folicular, inflamação dérmica com aumento do crescimento de *Propionibacter acnes* e efeitos adversos de alguns medicamentos (STEINER; BEDIN; MELO, 2003; COSTA et al., 2007; GREENE; HARRIS, 2012).

O processo tem início com a descamação intensa das células do epitélio (hiperqueratose), que se desprendem, acumulam e afunilam o lúmen dos folículos pilossebáceos, aumentando a produção de sebo, normalmente em áreas onde os folículos são maiores e mais numerosos (face, tórax e dorso). A combinação de sebo, pelo e bactérias obstrui a abertura do folículo, formando um microcomedão (cravo branco), lesão primária da acne (VAZ, 2003; FINKEL; PRAY, 2007).

O crescimento do microcomedão evolui para um comedão fechado (pequeno nódulo que fica um pouco abaixo da superfície da pele). O aumento do material acumulado faz com que a unidade porosa pilossebácea se abra, formando um comedão aberto não inflamado (cravo de cabeça preta) (FINKEL; PRAY, 2007).

A produção excessiva de sebo, principalmente na puberdade, estimula o crescimento de bactérias *Propionibacter acnes*, normalmente presentes, agravando o quadro para os estágios mais graves, conforme resumo abaixo, mas que não serão tratados neste fascículo (FINKEL; PRAY, 2007):

- **Grau 2:** formação de pápulas (ruptura folicular na derme superficial, como resultado da inflamação da unidade pilossebácea – lesão vermelha, elevada);
- **Grau 3:** surgimento das pústulas (ruptura folicular nas camadas mais superficiais da pele, permitindo que o material purulento se torne visível no centro da lesão);
- **Grau 4:** quando a inflamação é suficientemente grave e ocorre a ruptura nas camadas mais profundas da derme, um cisto de acne doloroso pode desenvolver-se, geralmente resultando em mudança de pigmentação na pele.

2.1.3 Sinais e sintomas

Normalmente os sintomas da acne são de baixa ou pequena intensidade, porém, as manifestações variam de acordo com o organismo de cada pessoa, conforme as definições abaixo (FINKEL; PRAY, 2007; SBCD, s.d.):

- **Grau 1:** somente comedões, sem lesões inflamatórias. No máximo 10 lesões na face. Sem lesões no peito ou nas costas e sem cicatrizes;
- **Grau 2:** comedões e pápulas. Entre 10 e 25 lesões na face e no peito ou nas costas. Apenas cicatrizes suaves;
- **Grau 3:** comedões, pápulas e pústulas. Mais que 25 lesões. As cicatrizes são normalmente moderadas;
- **Grau 4:** há também a presença de nódulos ou cistos com cicatrizes extensas.

Como a acne normalmente se manifesta nas costas, peito, braços e, principalmente, na face, que são locais que normalmente ficam expostos, deve-se considerar o grau de sofrimento psicossocial do paciente, que pode chegar a quadros de depressão, fobia social e até ao suicídio (BRENNER et al., 2006).

2.1.4 Tratamento

Como a acne é um processo fisiológico, não é possível preveni-la. Entretanto, é possível diminuir sua gravidade (PASCHOAL; ISMAEL, 2010).

O tratamento para a acne envolve uma série de opções (tratamento à base de cuidados gerais, tópico, sistêmico e complementares) que variam de acordo com o grau da doença, embora todas as opções apresentem resultados em longo prazo (TALARICO FILHO; HASSUN, 2001).

Dependendo da gravidade, o paciente poderá associar as modalidades de tratamento para tentar um controle mais rápido das lesões.

Os objetivos do tratamento da acne envolvem:

- a) Prevenção ou tratamento das lesões;
- b) Redução do desconforto físico causado pelas lesões;
- c) Melhora da aparência do paciente.

2.1.4.1 Tratamento não farmacológico

O farmacêutico poderá atuar prescrevendo tratamentos não farmacológicos para alívio dos sintomas da acne não inflamatória (grau 1) (TALARICO FILHO; HASSUN, 2001; BRENNER et al., 2006; FINKEL; PRAY, 2007):

- *Abrasivos*: evitar a utilização de esfoliantes e esponjas;
- *Bloqueador solar*: pode auxiliar como fator preventivo;
- *Dieta*: embora os estudos não tenham chegado a um consenso sobre a influência da alimentação na piora do quadro, recomenda-se a ingestão de alimentos frescos e naturais, com baixo índice glicêmico;

Recomenda-se que o paciente seja encaminhado ao nutricionista, profissional responsável pela orientação nutricional, para a escolha do melhor plano alimentar.

- *Estresse emocional*: alguns estudos relacionam situações de estresse emocional com a piora do quadro (por exemplo, adolescentes em período de prova e avaliação normalmente têm quadro agravado);
- *Excesso de oleosidade e umidade*: evitar o uso de produtos oleosos (cosméticos, loções, produtos de bronzamento etc.) e ambientes úmidos;
- *Exposição solar*: evitar a exposição solar prolongada, pois pode agravar a irritação da acne;
- *Limpeza do rosto*: recomenda-se lavar o rosto de 2 a 3 vezes ao dia, com produtos adequados ao tipo de pele, como sabonetes em barra, sabonetes líquidos, géis ou loções;
- *Manipulação das lesões*: não remover as lesões com as mãos (espremer cravos e espinhas). Se houver necessidade de remover os comedões, deve-se procurar profissional habilitado;

- *Vestuário e acessórios*: evitar roupas que não permitam a ventilação da pele (nos casos em que a acne apareça na região dos braços, peito e costas). Evitar também equipamentos e acessórios que causem atrito.

É importante ressaltar que, nos casos mais graves, o paciente deve ser encaminhado a um profissional habilitado.

2.1.4.2 Tratamento farmacológico

Estão elencados a seguir os principais princípios ativos que compõem os produtos cuja dispensação não exija prescrição médica, tanto de formulações tópicas quanto orais, que o farmacêutico poderá prescrever aos seus pacientes, quando estes se apresentarem com o estágio I da acne.

2.1.4.2.1 Homeopático (CAIRO, 1991; VIJNOVSKY, 2015)

- *Carbo animalis*
- *Hepar sulfur*
- *Silicea*

2.1.4.2.2 Alopático (FINKEL; PRAY, 2007; LACY et al., 2009; DRUGS; DYNAMED; MEDSCAPE; MEDSCAPE)



ÁCIDO AZELAICO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Agente bacteriano (atua sobre o <i>P. acnes</i> e o <i>S. epidermidis</i>, reduzindo o processo inflamatório)• Agente comedolítico (inibe o processo de queratinização folicular, reduzindo a formação de comedões)
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: 10% na epiderme e na derme• Excreção: na forma inalterada pela via urinária, com meia-vida de 12 horas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao ácido azelaico
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: prurido, sensação de picadas e queimação, acne, dermatite de contato, descamação, edema, eritema, irritação, xerose, ressecamento da pele e <i>rash</i> cutâneo; hipopigmentação• Neuromusculares e esqueléticas: parestesia• Há relatos de exacerbação de asma e herpes labial, hiperemia, hipertricose e vitiligo
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Uso exclusivo por via tópica• Não aplicar concomitantemente a esfoliantes, adstringentes e abrasivos• Não enfaixar ou utilizar curativos oclusivos após aplicação do produto• Não prolongar a utilização por mais de 12 semanas• Descontinuar em caso de sensibilização e irritação persistente• Descontinuar imediatamente e procurar atendimento médico se houver fechamento da glote, inchaço nos olhos, face, lábios ou língua• Não consumir alimentos e bebidas que causem rubor e calor, como os alimentos condimentados, bebidas alcoólicas e bebidas quentes, enquanto utilizar o medicamento• Não aplicar na região de mucosas, membranas, lábios, olhos e genitais• É excretado no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: B</p>

ÁCIDO SALICÍLICO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação queratolítica (auxilia na remoção dos comedões)• Agente esfoliante (promove a renovação celular)• Fraca ação antifúngica e antibacteriana• Por interferir na cascata do ácido araquidônico, reduz as lesões inflamatórias
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Biodisponibilidade: rápida absorção por via tópica• Excreção: urina

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÁCIDO SALICÍLICO

Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">Hipersensibilidade ao ácido salicílico
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">Dermatológicas: eritema, descamação cutânea, irritação e ressecamento excessivo
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">Uso exclusivo por via tópicaNão aplicar na região de mucosas, membranas, lábios, olhos e genitaisNão aplicar em verrugas e áreas infectadas, avermelhadas e/ou irritadasPode aumentar o ressecamento se associado com outros medicamentos tópicosLavar bem as mãos antes e após a aplicaçãoDescontinuar e procurar atendimento médico se houver irritação e coceiraDescontinuar imediatamente e procurar atendimento médico se houver fechamento da glote, dificuldade respiratória, inchaço de olhos, face, lábios, língua e extremidadesEvitar exposição prolongada ao ácido, que pode levar à intoxicação por ácido salicílico e necrose da peleRisco de toxicidade (hepática e/ou renal) pelo salicilato, causando náuseas, vômitos, diarreias, tonturas, perda de audição, zumbido, letargia e distúrbios psíquicosNão há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

ALFA HIDROXIÁCIDOS

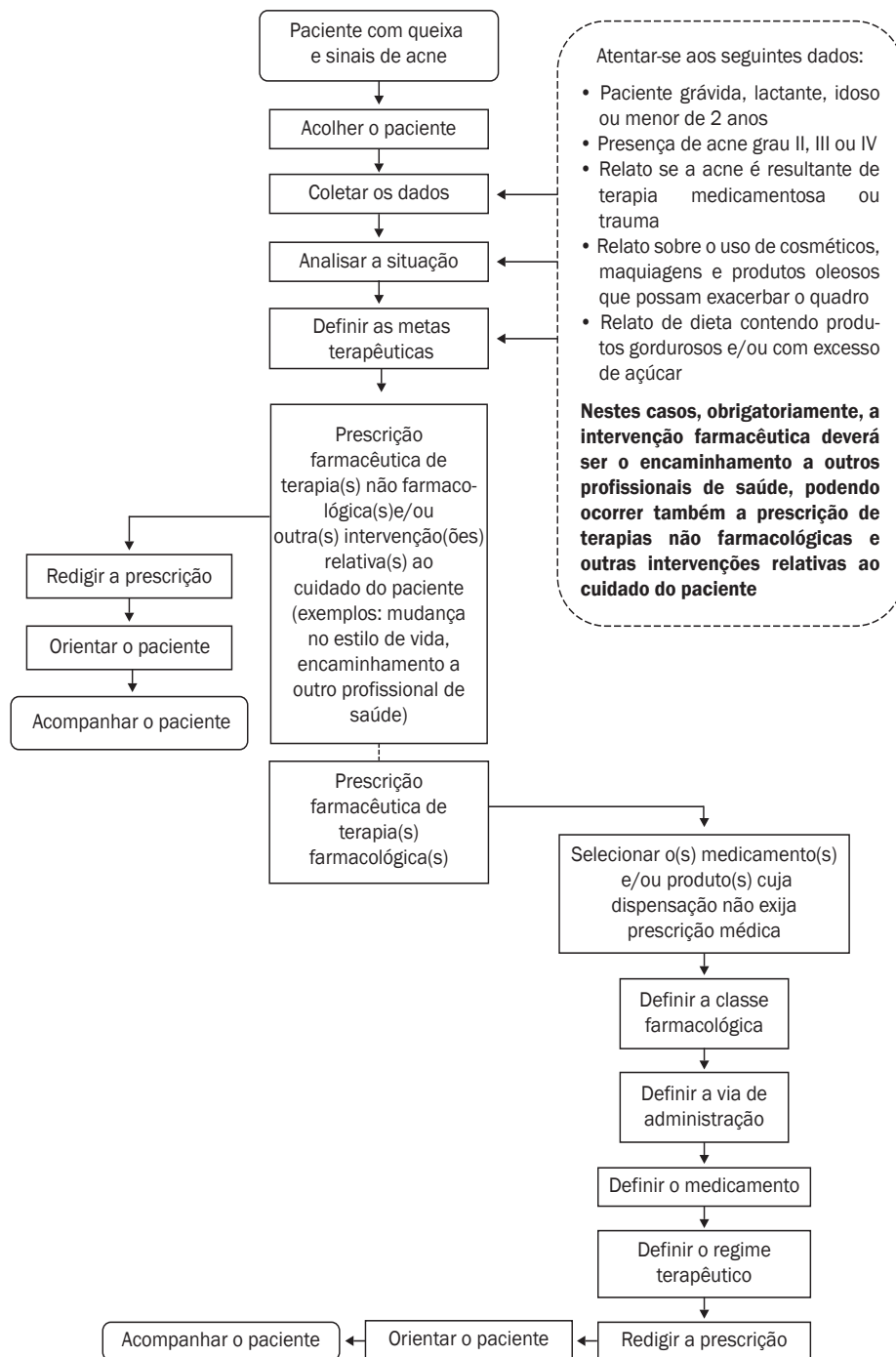
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">Mais comumente empregados: ácido mandélico, ácido láctico, ácido glicólico, ácido málico e ácido cítricoAção lubrificante e hidratanteAtividade esfoliativaReduzem o ressecamento e o pruridoAdjuvantes no tratamento da acne e hiperpigmentação acneica
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">Hipersensibilidade aos componentes da fórmula
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">Dermatológicas: vermelhidão, sensação de picadas, <i>rash</i> cutâneo, entumescimento, alterações da pigmentação, aparecimento de pápulas e pústulas, prurido, irritação, queimadura química e fotossensibilidade
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">Uso exclusivo por via tópicaDescontinuar em caso de sensibilização e irritação persistenteNão aplicar na região de mucosas, membranas, lábios, olhos e genitaisEvitar o contato em peles sensíveisNão há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: A</p>



PERÓXIDO DE BENZOÍLA	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação contra o <i>P. acnes</i> (bactéria anaeróbia)• Agente queratolítico e descamativo
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: 5% pela pele• Metabolismo: convertido pela pele em ácido benzoico
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao peróxido de benzoíla
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: dermatite de contato, descamação, eritema, irritação, ressecamento e sensação de picada
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Uso exclusivo por via tópica• Descontinuar ou diminuir a frequência de aplicação em caso de irritação, vermelhidão, ardor, coceira, descamação e inchaço• Descontinuar e procurar atendimento médico se houver irritação persistente• Não aplicar na região de mucosas, membranas, lábios, olhos e genitais• Descontinuar imediatamente e procurar atendimento médico se houver fechamento da glote, dificuldade respiratória, inchaço de olhos, face, lábios, língua e extremidades• A utilização concomitante com outros antiacneicos pode piorar o quadro• Evitar contato com o cabelo e tecidos tingidos, que podem ser descoloridos pelo medicamento• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

2.1.5 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica na Acne

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



2.2 DERMATITES OU ECZEMAS

Os termos dermatite e eczema podem ser utilizados como sinônimos e geralmente são classificados de acordo com a sua etiologia, por exemplo, atópica e seborreica (KRINSKY et al., 2012).

As dermatites integram um grupo de dermatoses inflamatórias cujo processo básico é um fenômeno seroexsudativo que acomete a epiderme. São caracterizadas por eritema, edema, vesículas, crostas e descamação. Tem como sintoma-guia o prurido, a evidenciação das linhas da pele ou liquenificação (alteração na espessura da pele, tornando-a endurecida) (AZULAY; AZULAY; ABULAFIA, 2011 apud FERREIRA et al., 2013).

Existem inúmeros fatores etiológicos com mecanismos fisiológicos e imunopatológicos diversos relacionados às dermatites (AZULAY; AZULAY; ABULAFIA, 2011 apud FERREIRA et al., 2013).

Este fascículo abordará as dermatites atópica, de contato, de fraldas e seborreica.

2.2.1 Dermatite atópica ou eczema atópico

2.2.1.1 Definição

Dermatite atópica ou eczema atópico é uma manifestação cutânea associada à atopia. A atopia, por sua vez, é a tendência do sistema imunológico a produzir imunoglobulina E (IgE) em resposta a alérgenos ambientais (LEITE; LEITE; COSTA, 2007; GREENE; HARRIS, 2012).

2.2.1.2 Epidemiologia e etiologia

A dermatite atópica é um problema de saúde pública mundial, levando em consideração que, em países desenvolvidos, há uma prevalência de 10 a 20% em crianças e de 1 a 3% em adultos. Já no Brasil, um estudo revelou maior prevalência nas regiões Norte e Nordeste, com variação de 5,3% a 13% em crianças e de 3,4% a 7,9% em adolescentes. Sendo assim, é mais frequente em crianças, porém pode aparecer na fase adulta (SOLÉ et al.,

2006; GOLDSMITH et al., 2012).

Vale ressaltar ainda que, das crianças que desenvolvem esta patologia, aproximadamente 50% manifestam o quadro até o primeiro ano de vida e 30% do primeiro ao quinto ano de vida (FREIBERG, 2003 apud ADDOR; AOKI, 2010).

A dermatite atópica é uma predisposição genética que, combinada com fatores de risco, desencadeia reações imunológicas que levam o indivíduo a desenvolver manifestações cutâneas. Os principais fatores de risco são alimentares (por exemplo, leite, ovos, peixes, amendoins, nozes, trigo); aeroalérgenos (ácaros, pólen, animais domésticos, baratas, fungos); agentes irritantes (sabonetes, produtos perfumados, roupas de lã, náilon e acrílicos); agentes infecciosos; fatores emocionais (estresse) (MENDES; FONSECA; LOPES, 2007; KRINSKY et al., 2012; GREMIÃO et al., 2014).

Pacientes acometidos por dermatite atópica podem apresentar também rinite alérgica e asma. Em geral, o risco de desenvolver esta patologia é de 50% se um dos pais apresentar doença atópica (asma, rinite alérgica ou dermatite atópica) e de 75% se ambos apresentarem (SCHULTZ, 1993; REICH et al., 2003 apud KAYSEROVA et al., 2012; KRINSKY et al., 2012).

Nesse contexto, essa patologia é mediada por linfócitos T CD4 auxiliares tipo 2 (Th2), que são células cuja produção é estimulada por antígenos extracelulares (encontrados na superfície celular) e, conseqüentemente, produzem citocinas, especialmente as interleucinas 4, 5, 10 e 13. Estas, por sua vez, promovem a secreção de IgE e a diferenciação de eosinófilos, que, geralmente, são expressos em doenças alérgicas (KAYSEROVA et al., 2012; GOLDSMITH et al., 2012).

2.2.1.3 Sinais e sintomas

Dermatite atópica é uma doença predominante em crianças e adolescentes, porém pode acometer também adultos. Inicialmente, surge como vermelhidão e rachaduras nas bochechas de bebês, progredindo para testa, queixo, pescoço, tronco e

faces extensoras dos membros. Em adolescentes é comum aparecer lesões nas dobras dos joelhos e dos cotovelos, pulsos, tornozelos e pescoço (CASTRO et al., 2006; KRINSKY et al., 2012).

Essa patologia possui três fases: aguda, subaguda e crônica. A fase aguda é caracterizada por pápulas eritematosas intensamente pruriginosas, geralmente associadas com escoriações, exsudato seroso e coceiras. A fase subaguda caracteriza-se por crostas e a fase crônica por liquenificação e pápulas fibróticas (GOLDSMITH et al., 2012; KRINSKY et al., 2012).

A dermatite atópica pode ser complicada por infecções cutâneas, especialmente *Staphylococcus aureus* e *Herpes simplex*. Além disso, pode haver complicações oftálmicas associadas a esta patologia, tais como catarata ou ceratocone (deformidade na córnea) (GOLDSMITH et al., 2012; KRINSKY et al., 2012).

2.2.2 Dermatite de contato ou eczema de contato

2.2.2.1 Definição

Dermatite ou eczema de contato é uma reação inflamatória cutânea, consequência da ação direta de agentes externos (BOURKE; COULSON; ENGLISH, 2009 apud MOTTA et al., 2011).

2.2.2.2 Epidemiologia e etiologia

A dermatite de contato pode acometer todas as idades e etnias, porém a incidência é menor na infância, pela menor exposição às substâncias sensibilizantes, e também na raça negra, devido a particularidades da pele nesse grupo (CARVALHO, 1982; DUARTE et al., 2000 apud MARTINS; DOS REIS, 2011).

Destaca-se que a dermatite de contato ocupacional representa uma das mais prevalentes doenças do trabalho, sendo considerada problema de saúde pública (MACCALL et al., 2005 apud MARTINS; DOS REIS, 2011). Atinge cerca de

90% dos trabalhadores que não utilizam Equipamentos de Proteção Individual (EPI) (MARTINS et al., 2011 apud DA SILVA et al., 2014).

A dermatite de contato pode ser classificada como: dermatite de contato irritante e dermatite de contato alérgica. A dermatite de contato irritante é desencadeada após contato direto da epiderme com substâncias químicas irritantes. Essas, por sua vez, podem danificar a pele após repetidos ou prolongados contatos (por exemplo: sabões e detergentes) ou podem ocasionar reações intensas ao primeiro contato (por exemplo: ácidos, álcalis) (ALCHORNE; ALCHORNE; SILVA, 2010; MOTTA et al., 2011).

Já a dermatite de contato alérgica é uma resposta imune específica contra antígenos de substâncias químicas (orgânicas, inorgânicas, vegetais ou sintéticas) que desencadeiam reações tardias (tipo IV de Gell & Coombs) que são mediadas por linfócitos T (ALCHORNE; ALCHORNE; SILVA, 2010; MOTTA et al., 2011). Desta forma, inicialmente ocorre a sensibilização do sistema imune por meio do contato com o antígeno. Somente após um segundo contato com o mesmo antígeno que será induzida a reação tipo IV, que pode levar de 24 horas a 21 dias para se desenvolver e resultar na dermatite de contato alérgica. Há cerca de 3.000 substâncias capazes de desencadear dermatite de contato alérgica (KRINSKY et al., 2012).

2.2.2.3 Sinais e sintomas

A dermatite de contato é caracterizada por lesões eritematosas e pápulas vesiculosas, sendo a vesícula o principal sinal dermatológico que a distingue no exame clínico. Podem ser encontrados edema, eritema, vesículas, descamação, exsudação, crostas, liquenificação ou hiperpigmentação (MOTTA et al., 2011). Além disso, as lesões surgem de acordo com a frequência e a duração da exposição (ALCHORNE; ALCHORNE; SILVA, 2010).

Ressalta-se que as áreas da pele mais atingidas são pálpebras, face, orelhas, pescoço, dorso das

mãos e pés e região inguinal. Geralmente as lesões ocorrem nas áreas de contato com o fator desencadeante, contudo a dermatite de contato alérgica pode ser disseminada e ocorrer também à distância (ALCHORNE; ALCHORNE; SILVA, 2010).

2.2.3 Dermatite de fralda ou eczema de fralda

2.2.3.1 Definição

Dermatite ou eczema de fraldas é um termo que abrange várias condições inflamatórias que atingem a região do corpo coberto pelas fraldas; é popularmente conhecida como assadura (FINKEL; PRAY, 2007; FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2008; DA SILVA et al., 2014).

2.2.3.2 Epidemiologia e etiologia

A dermatite de fralda é muito frequente na primeira infância, estima-se que 7% a 35% das crianças apresentam esta patologia em algum momento de sua vida e que a maior prevalência ocorre entre o 9º e o 12º mês (DUARTE; FIGUEIREDO, 2014). Cerca de 70% dos bebês apresentam esta dermatite nos primeiros 7 dias de vida (KRINSKY et al., 2012). Geralmente, atinge as regiões do períneo, nádegas, abdômen inferior e coxas (MEIRELLES, 2007 apud DA SILVA et al., 2014).

Há vários fatores que podem desencadear a dermatite de fraldas. Dentre eles a fralda, que é muito oclusiva e não permite um bom arejamento da região. Além disso, sua última camada, chamada de externa, é à prova de água e previne a perspiração (eliminação normal de suor), porém aumenta a temperatura e umidade no local, por esta razão é recomendável trocá-la com frequência (KRINSKY et al., 2012; MEIRELLES, 2007 apud DA SILVA et al., 2014). O atrito entre a pele e a fralda, durante o movimento da criança, também pode contribuir para o aparecimento da dermatite (KRINSKY et al., 2012).

Outro fator etiológico é a alteração do pH da

pele. Este pode ocorrer devido à presença da ureia eliminada pela urina, que é convertida em amônia por bactérias, tornando, assim, a pele mais suscetível a danos ou infecções por micro-organismos, como fungos, principalmente *Candida albicans*, e bactérias, dentre elas *Staphylococcus aureus* (FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010; KRINSKY et al., 2012). Além disso, as fezes possuem enzimas do trato gastrointestinal (lipases e proteases) e sais biliares que, em contato prolongado com a região coberta pelas fraldas, podem causar alterações na barreira epidérmica (FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2008; KRINSKY et al., 2012).

Óleos, desodorizantes e conservantes também podem agravar o quadro, levando em consideração que possuem um efeito tóxico direto sobre a pele. Resíduos químicos ou detergentes de lavagem presentes nas fraldas, sabões, ou alguma loção que tenha sido aplicada diretamente na pele, podem também ser consideradas substâncias potencialmente irritantes (FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010).

2.2.3.3 Sinais e sintomas

A dermatite de fralda caracteriza-se por lesão eritematosa confluenta, brilhante, que varia de intensidade ao longo do tempo. Pode manifestar-se, ainda, por pápulas eritematosas associadas a edema e leve descamação. Em casos mais graves, as lesões são mais intensas e podem ter cor violácea e ser ásperas (FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2009; FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010).

2.2.4 Dermatite seborreica ou eczema seborreico

2.2.4.1 Definição

A dermatite seborreica ou eczema seborreico é uma inflamação, não contagiosa, que acomete áreas do corpo onde existe um maior número de

glândulas sebáceas, como couro cabeludo, face, colo e dorso (GREMIÃO et al., 2005).

2.2.4.2 Epidemiologia e etiologia

A prevalência da dermatite seborreica é de 3% a 5% em adultos jovens, e 1% a 5% na população geral, com predominância no sexo masculino, sem predileção racial. Ela possui dois picos de incidência: o primeiro acomete os recém-nascidos durante os primeiros três meses de vida (autolimitada) e o segundo a partir da puberdade, podendo atingir seu ápice na fase adulta (crônica) (SAMPAIO et al., 2011; GOLDSMITH et al., 2012).

A causa da dermatite seborreica ainda não está esclarecida, contudo ela pode ser associada à presença de um fungo, constituinte da microbiota da pele, denominado *Malassezia sp.* Este, devido a sua característica lipofílica, necessita de lipídeos para seu crescimento; desta forma, por meio da ação da lipase, transforma os lipídeos cutâneos em ácidos graxos, que podem induzir a respostas inflamatórias e assim contribuir para o desenvolvimento desta patologia (SAMPAIO et al., 2011; GOLDSMITH et al., 2012).

Além disso, há outros fatores que podem contribuir para o desenvolvimento da dermatite seborreica, tais como predisposição genética, aumento da produção de sebo, devido à influência hormonal e/ou higiene inadequada da pele, estresse emocional, ingestão de alimentos gordurosos, banhos quentes (GREMIÃO et al., 2005; SAMPAIO et al., 2011; DA SILVA et al., 2014).

2.2.4.3 Sinais e sintomas

Em bebês, as lesões têm início com escamas amarelas no couro cabeludo, que se disseminam para a face, ao redor das sobrancelhas e orelhas, sob o pescoço, axilas, podendo acometer o corpo e a área da fralda. Destaca-se que regridem espontaneamente antes dos seis meses de vida (GREMIÃO et al., 2005 apud DA SILVA et al., 2014).

Já em adultos, ela pode se apresentar como

uma descamação seca, em flocos, em pequenas placas que rapidamente se espalham pelo couro cabeludo, sendo conhecida como pitiríase seca ou caspa. Ou então se manifestar por eritema, placas gordurosas, descamativas ou erupções psoriasiformes com crostas espessas e mau cheiro, chamada de pitiríase esteatoide (FEROLLA, 2010). Além do couro cabeludo, as lesões são frequentes na face (glabella, sulcos nasolabiais, pálpebras e queixo), pavilhão auricular, retroauricular, tórax, axilas e umbigo (FEROLLA, 2010; SAMPAIO et al., 2011).

2.2.5 Tratamento

2.2.5.1 Tratamento não farmacológico

O farmacêutico poderá prescrever terapias não farmacológicas e outras intervenções para o alívio das dermatites.

2.2.5.1.1 Dermatite atópica ou eczema atópico

- *Dieta:* Levando em consideração que alguns alimentos, tais como leite, ovos, amendoins e peixes, são potencialmente alérgenos e favorecem o aparecimento de lesões cutâneas, ou exacerbam o quadro de eczemas, pruridos e coceiras, recomenda-se que os pacientes alterem seus hábitos alimentares (LEICHT; HANGGI, 2002; LEUNG; BLEBER, 2003 apud MENDES; FONSECA; LOPES, 2007).
- *Banho e hidratação:* Recomendam-se banhos mornos, não muito prolongados e com sabonetes neutros, ou seja, sem excesso de aromatizantes e corantes. Utilizar produtos emolientes/umectantes (óleos minerais, cremes ou pomadas de aveia coloidal), que proporcionam proteção à pele, aliviando a secura e prevenindo as lesões. Estes produtos devem ser usados com frequência e especialmente logo após

o banho, com pele úmida. Além disso, o farmacêutico pode orientar o paciente a manter boa ingestão hídrica. Porém, deve-se ter cuidado com pacientes portadores de problemas cardíacos, renais ou qualquer distúrbio que possa proporcionar acúmulo de líquido (CORREALE, 1999 apud MENDES; FONSECA; LOPES, 2007; KRINSKY et al., 2012).

- *Remoção de alérgenos*: A redução de contato ou a eliminação de alérgenos do ambiente em que o paciente se encontra é um tratamento preventivo e ao mesmo tempo não farmacológico. Os agentes mais irritativos são: sabões, pelos de animais, pólen, roupas de lã, náilon e acrílicos (KRINSKY et al., 2012).

2.2.5.1.2 Dermatite de contato ou eczema de contato

- *Banho e hidratação*: Recomendam-se banhos mornos, não muito prolongados e com sabonetes neutros, ou seja, sem excesso de aromatizantes e corantes. Deve-se utilizar produtos emolientes/umectantes sem fragrância. As áreas de corpo contaminadas com agentes nocivos devem ser imediatamente lavadas e hidratadas (ALCHORNE; ALCHORNE; SILVA, 2010; KRINSKY et al., 2012).
- *EPI*: Utilizar EPI (botas, luvas, máscaras, avental) para evitar o contato com agentes nocivos (DA SILVA et al., 2014).

2.2.5.1.3 Dermatite de fralda ou eczema de fralda

- *Higiene diária*: Os resíduos de urina são removidos somente com água morna e algodão. Porém, no caso das fezes, ricas em enzimas digestivas e sais biliares, é necessário o uso de sabões (FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2009

apud FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010). O lenço umedecido possui em sua composição sabão, portanto recomenda-se enxaguar a pele após seu uso e utilizá-lo ocasionalmente (FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010).

- *Troca das fraldas*: As fraldas possuem uma camada com capacidade de absorver a urina, contudo é essencial que as trocas das fraldas sujas sejam realizadas com frequência (FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2008; FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010). Já as fraldas com fezes devem ser trocadas imediatamente. Em recém-nascidos, o intervalo entre as trocas deve ser de 1 hora, já em crianças maiores deve ser de 4-6 horas (FERNANDES; MACHADO; DE OLIVEIRA, 2009 apud FERNANDES; DE OLIVEIRA, 2010).

2.2.5.1.4 Dermatite seborreica ou eczema seborreico

Recomendam-se medidas que contribuam para evitar o aparecimento dos prováveis fatores desencadeantes.

2.2.5.2 Tratamento farmacológico

Os tratamentos farmacológicos das dermatites consistem em sistêmico e local. Ressalta-se que, dependendo do tipo de dermatite, é necessário que o paciente seja tratado com medicamentos que exijam prescrição médica. Estão elencados nas tabelas a seguir os principais princípios ativos que compõem os produtos cuja dispensação não exija prescrição médica que o farmacêutico poderá prescrever aos seus pacientes, quando estes apresentarem dermatite (FINKEL; PRAY, 2007; LACY et al., 2009; DRUGS; DYNAMED; MEDSCAPE; MICROMEDEX)



ÁCIDO LÁTICO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• É um alfa-hidroxiácido com ação emoliente, hidratante e lubrificante
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao ácido láctico
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: descamação, sensação de queimação, sensação de leve picada, vermelhidão, <i>rash</i> cutâneo
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Exclusivamente para uso tópico• Evitar o contato com os olhos, os lábios e outras membranas mucosas• Pode ocorrer irritação em peles sensíveis; caso haja, interromper o uso• Recomenda-se o uso de protetor solar após aplicação, devido a risco de irritação• Não há informações sobre lactação na literatura <p>Fator de risco na gravidez: A</p>

DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO)

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação anti-histamínica, antagonista reversível H1
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: 6 horas• Meia-vida: 20-30 horas• Ligação plasmática: 69-72%• Metabolismo: hepático• Excreção: urinária• Duração do efeito: 24 horas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à dexclorfeniramina• Pacientes que fazem uso de inibidores das monoaminas oxidases (Imaos)
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: hipotensão arterial e taquicardia• Dermatológicas: urticária e erupções cutâneas• Gastrintestinais: secura da boca e garganta, dor epigástrica, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia e constipação• Geniturinárias: disúria (desconforto ao urinar), poliúria (frequência urinária) e alteração no ciclo menstrual• Hematológicas: anemia hemolítica, anemia aplástica, trombocitopenia (redução do número de plaquetas) e agranulocitose (redução do número de leucócitos)• Miscelâneas: transpiração excessiva, calafrios, choque anafilático e fotossensibilidade• Neurológicas: sedação, sonolência, tonturas, coordenação perturbada, fadiga, confusão mental, inquietação, excitação, nervosismo, tremor, irritabilidade, insônia, euforia, parestesia, histeria, neurite e convulsões• Oculares: visão turva e diplopia (visão dupla)• Respiratórias: espessamento das secreções brônquicas, compressão do tórax, ressecamento da mucosa nasal e dificuldade ao respirar

(continua na página seguinte)

(continuação)

DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO)

Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Provoca sonolência e reduz o estado de alerta, portanto não dirigir veículos ou operar máquinas• Não é recomendado o uso durante a amamentação <p>Fator de risco na gravidez: B</p>
----------------------------------	---

HIDROCORTISONA TÓPICA

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Reduz os componentes do sistema complemento; antagoniza a atividade da histamina e liberação de cinina
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: lento• Meia-vida: 8-12 horas• Absorção: rápida• Metabolismo: hepático• Excreção: urinária• Duração do efeito: longa
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à hidrocortisona• Infecções virais e fúngicas
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: eczema, prurido, foliculite, ressecamento e sensação de queimação e de picada
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Corticoterapia tópica crônica pode interferir no crescimento e desenvolvimento de crianças• Utilizar baixa potência em crianças (pode-se absorver quantidades proporcionalmente maiores após a aplicação tópica e causar efeitos sistêmicos)• O uso prolongado pode aumentar o risco de infecções secundárias e sarcoma de Kaposi• Miopatia aguda relatada com doses elevadas de corticosteroides, especialmente pacientes com distúrbios da transmissão neuromuscular• Distúrbios psiquiátricos, incluindo euforia, insônia, alterações de humor, alterações de personalidade, relatados com a utilização de corticosteroides• Não há informações sobre lactação <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

LORATADINA

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Anti-histamínico seletivo H1 periférico de longa duração
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: 1-3 horas• Absorção: rápida• Meia-vida: 12-15 horas• Pico máximo: 8-12 horas• Metabolismo: hepático• Excreção: urinária (40%) e fecal (40%)• Duração do efeito: 24 horas

(continua na página seguinte)

(continuação)

LORATADINA

Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à loratadina
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• <u>Adultos:</u><ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: xerostomia (boca seca)• Neurológicas: cefaleia, sonolência e fadiga• <u>Crianças 2-5 anos:</u><ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: rash cutâneo• Gastrintestinais: estomatite• Miscelâneas: infecção viral• Neurológicas: fadiga• Respiratórias: hemorragia nasal e faringite• <u>Crianças 6-12 anos:</u><ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: dor abdominal• Neuromusculares e esqueléticas: hipercinesia (aumento da amplitude e da rapidez dos movimentos)• Neurológicas: fadiga e nervosismo• Oculares: conjuntivite• Respiratórias: sibilos, disfonia e infecção das vias aéreas superiores• <u>Adultos e Crianças:</u><ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: taquicardia, taquiarritmias supraventriculares e hipotensão• Dermatológicas: urticária, prurido e eritema• Gastrintestinais: vômito e náuseas• Geniturinárias: alteração na cor da urina, alterações no ciclo menstrual, vaginite• Hematológicas: trombocitopenia• Hepáticas: icterícia, hepatite e funções hepáticas anormais• Miscelâneas: alopecia, alteração do paladar, anafilaxia, aumento das mamas, fotossensibilidade, ganho de peso, lombalgia, dor torácica e impotência• Neurológicas: agitação, confusão mental, tremores, tontura, sonolência, comprometimento da concentração, cefaleia e irritabilidade• Oculares: visão turva• Respiratórias: broncoespasmos e dispneia
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar com cuidado em pacientes com comprometimento hepático e renal• Eficácia e segurança não foram estabelecidas em crianças abaixo de 2 anos de idade• Não possui caráter preventivo de alergias• Excretado no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: B</p>



UREIA

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Efeito emoliente e queratolítico (amolece zonas de hiperqueratoses)
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à ureia• Doenças de pele de origem viral
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: irritação local, sensação de ardência e <i>rash</i> cutâneo
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Alta concentração pode induzir à necrose epidérmica• Evitar contato com os olhos• Não há informações sobre presença da substância no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

2.2.5.2.2 Dermatite de fralda

ÓXIDO DE ZINCO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Promove cicatrização cutânea• Forma barreira contra a irritação e a umidade• Possui fraca propriedade antisséptica
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: urticária e erupções cutâneas
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Uso tópico• Evitar contato com os olhos, os lábios e outras membranas mucosas• Não há informações sobre presença da substância no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

2.2.5.2.3 Dermatite seborreica

CETOCONAZOL TÓPICO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação fungistática e fungicida
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Creme<ul style="list-style-type: none">• Absorção: mínima• Xampu<ul style="list-style-type: none">• Absorção: nenhuma
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao cetoconazol

(continua na página seguinte)

(continuação)

CETOCONAZOL TÓPICO

Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: aumento da queda de cabelo, oleosidade ou ressecamento do cabelo, textura anormal do cabelo, irritação intensa, prurido, <i>rash</i> cutâneo, eritema, pústulas, impetigo (infecção superficial da pele), ressecamento cutâneo, dermatite de contato, agioedema (inflamação do tecido cutâneo ou subcutâneo) e sensação de queimação e de picada• Miscelâneas: edema facial• Neurológicas: cefaleia e parestesia• Oculares: irritação
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• A formulação pode conter álcool, propano, butano e/ou sulfito, não expor a chamas, não fumar, não perfurar ou incinerar• Não há informações sobre excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

COALTAR

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação queratolítica, antisséptica e antimicrobiana
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao coaltar
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: descamação e sensação de queimação e picada
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Uso tópico• Evitar contato com os olhos e pele ferida• Evitar exposição à luz solar (fotossensibilizante)• Manter longe de fonte de calor (inflamável)• Pode causar descoloração ou manchas• Não há informações sobre a presença da substância no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

ENXOFRE

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação queratolítica, antisséptica, antisseborreica
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Informações não localizadas nas literaturas consultadas
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao enxofre
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: eritema, descamação e irritação
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Uso tópico• Evitar contato com os olhos e as outras membranas mucosas• Não utilizar em erupções cutâneas• Não há informações sobre a presença da substância no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>



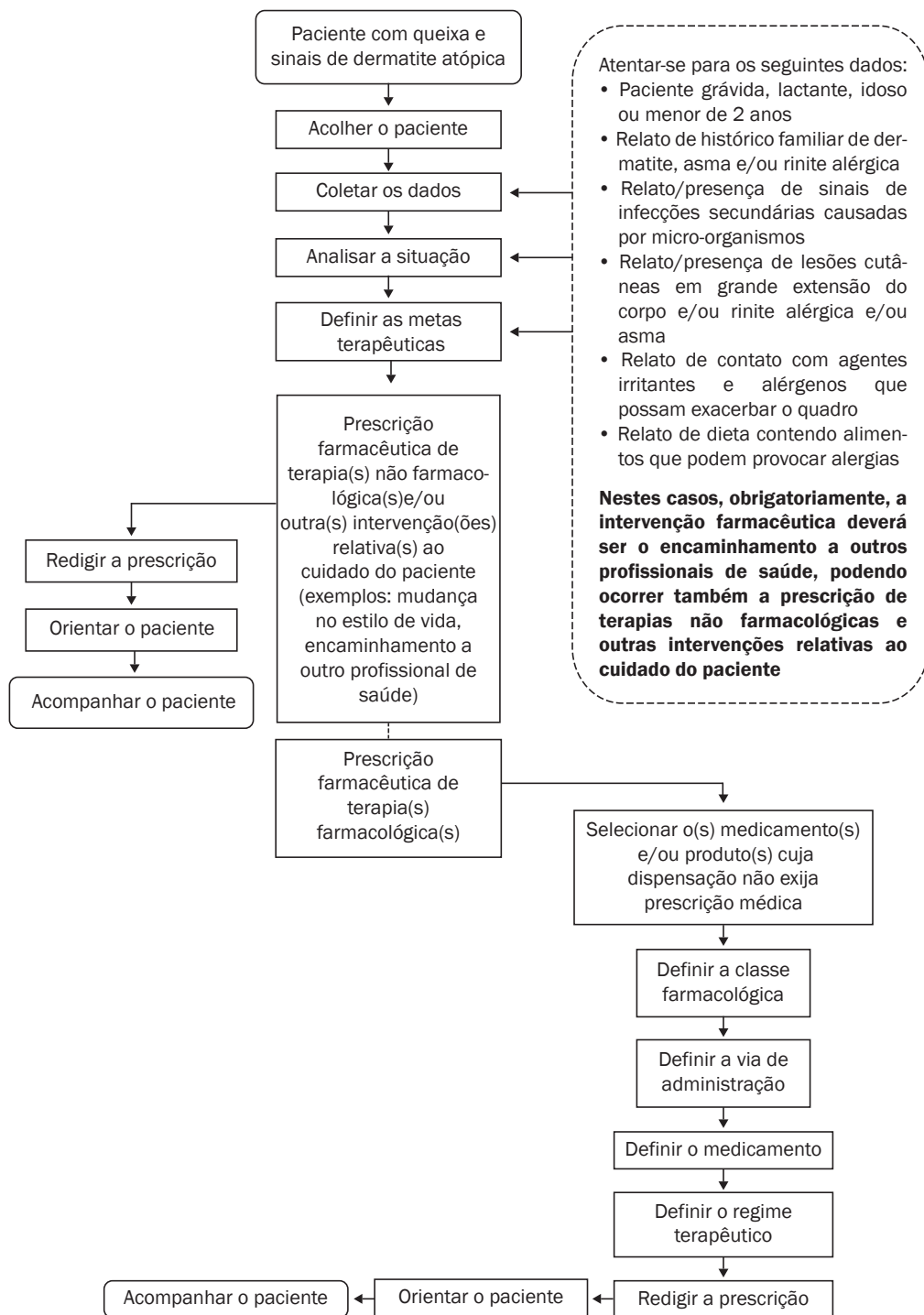
SELÊNIO (SULFETO)

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação citostática (reduz a produção de corneócitos)• Pode bloquear as enzimas responsáveis pelo crescimento do tecido epitelial
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: não há absorção na pele íntegra, apenas na pele com lesões
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade ao selênio
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: irritação cutânea, queda e descoloração do cabelo e sensação de queimação e picada
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Evitar contato com os olhos, os lábios e outras membranas mucosas• Evitar contato com pele lesionada, queimaduras, rachaduras, inflamação e exsudação, devido ao risco de absorção aumentada• Descontinuar o uso em caso de coceira, vermelhidão, secura ou irritação• Não há informações sobre os riscos durante a lactação• Evitar o uso em crianças menores de 2 anos de idade <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

2.2.6 Algoritmos de Prescrição Farmacêutica

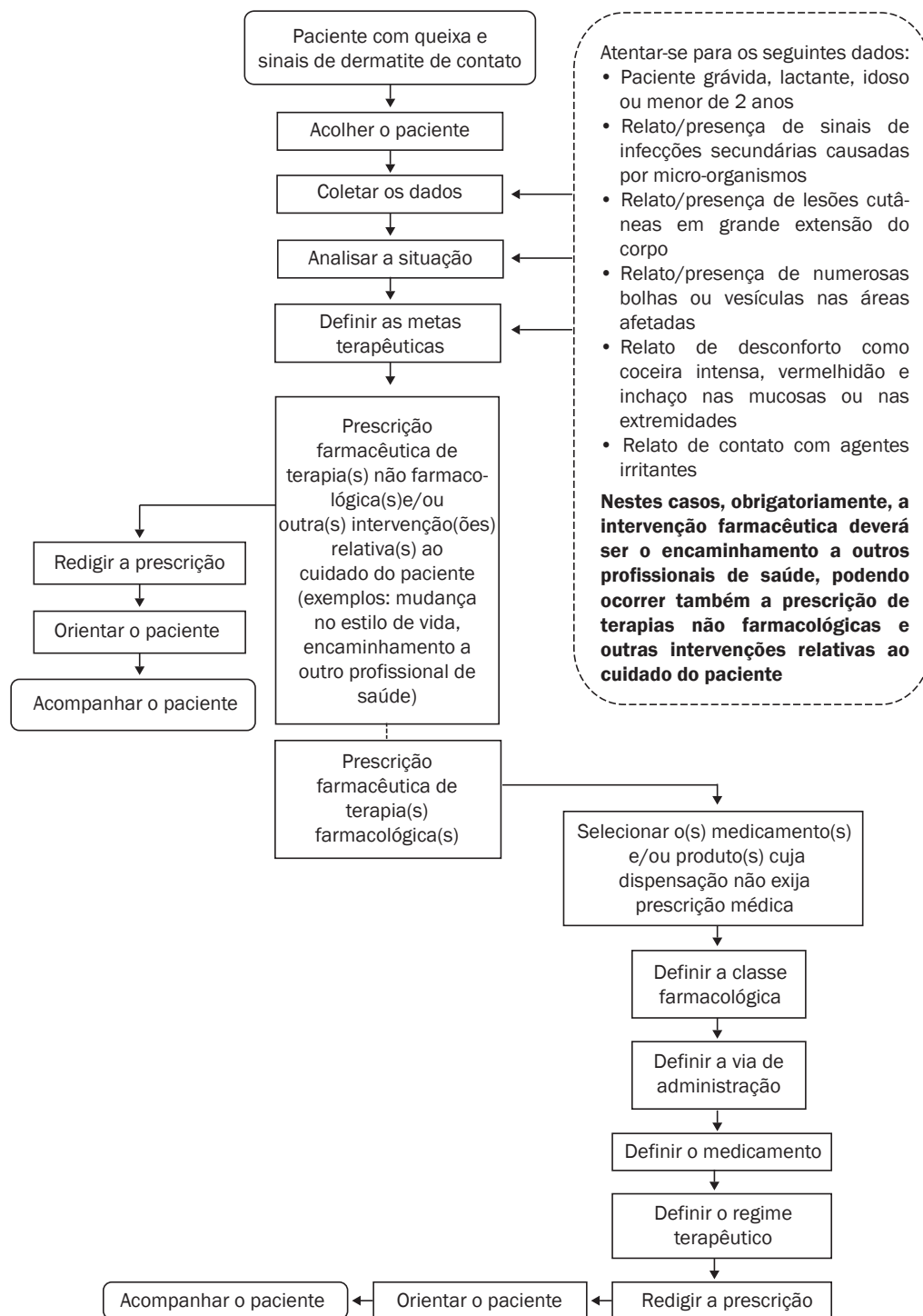
2.2.6.1 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica na Dermatite Atópica

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



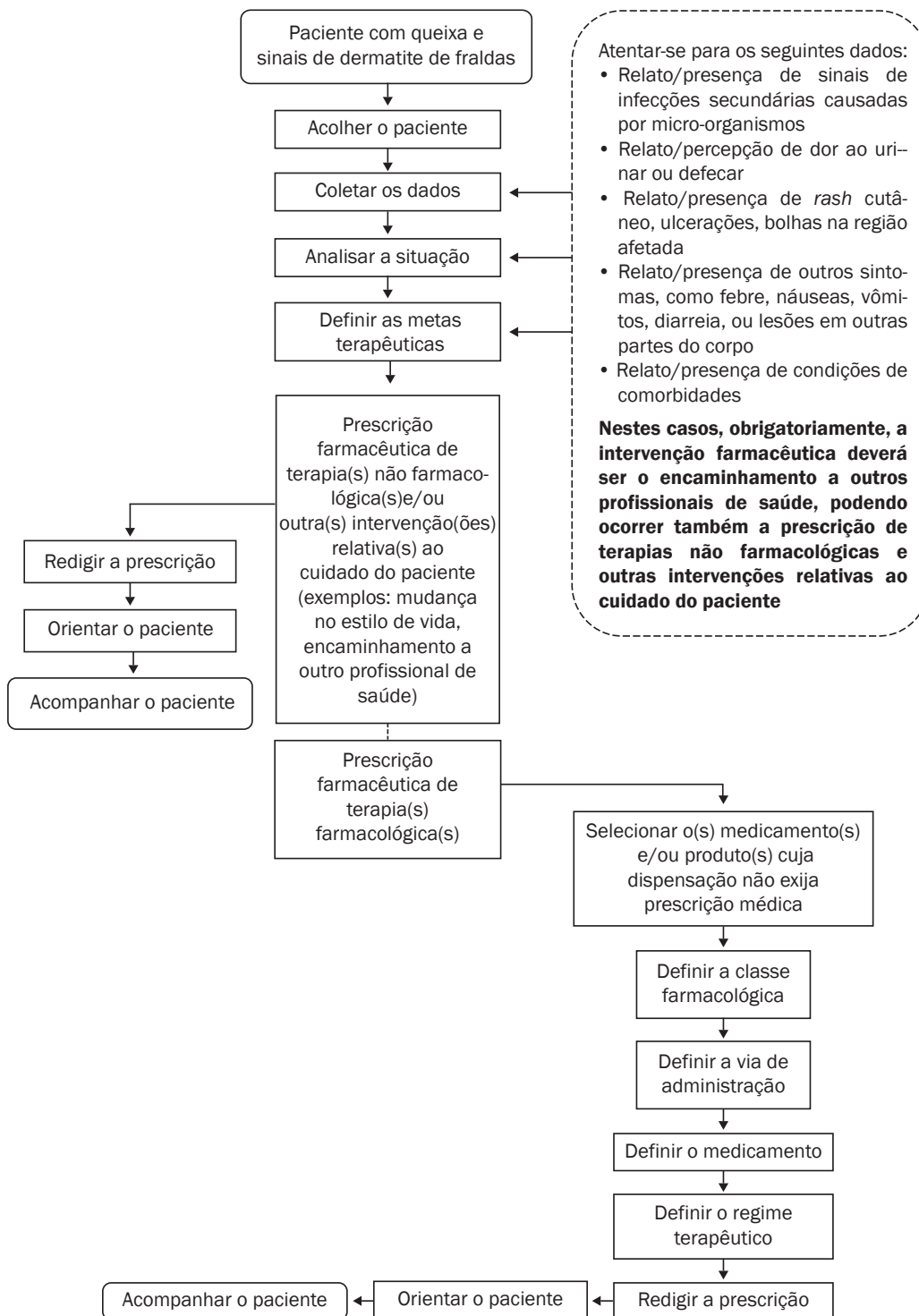
2.2.6.2 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica na Dermatite de Contato

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



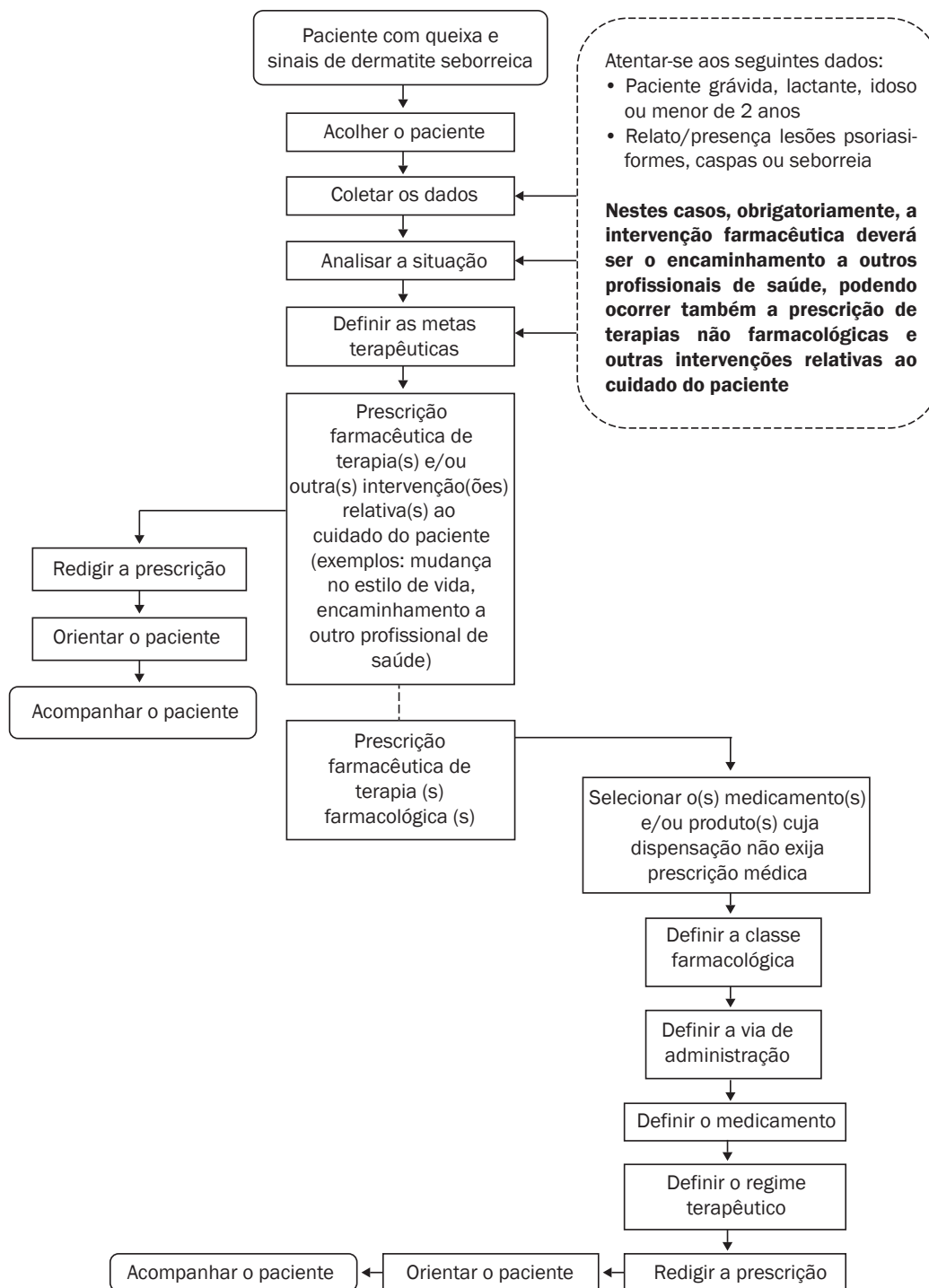
2.2.6.3 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica na Dermatite de Fralda

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



2.2.6.4 Algoritmo de Prescrição farmacêutica na Dermatite Seborreica

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



3 DOENÇAS GASTRINTESTINAIS

Atualmente, com o cotidiano cada vez mais cheio de atividades devido ao desenvolvimento tecnológico e científico, as pessoas não conseguem mais estabelecer horário para as refeições, prática de atividades físicas e outras atividades, como as necessidades fisiológicas, por exemplo, prejudicando a qualidade de vida. Com o passar dos anos, as pessoas passaram a consumir cada vez mais alimentos industrializados (que possuem baixíssimo teor de fibras) e a mastigar rapidamente (LACERDA; PACHECO, 2006).

Os fatores citados anteriormente, associados a problemas emocionais (estresse e ansiedade) e ao sedentarismo, colaboram para o aparecimento de obstipação intestinal e desconforto intestinal, que serão abordados nesse material (PASSOS; RAMOS, 2007).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças que acometem o trato gastrintestinal representam problemas importantes de saúde (SISVAN, 2004 apud CYPRIANI, 2008; ROCHELLE, 2008). Atualmente, os problemas gastrintestinais são tão frequentes que representam cerca de 15 a 20% das consultas realizadas na atenção primária (GREENE; HARRIS, 2012).

3.1 FLATULÊNCIA

3.1.1 Definição

Quantidade excessiva de ar ou gases no estômago ou intestino (FINKEL; PRAY, 2007).

3.1.2 Epidemiologia e Etiologia

A flatulência está presente em indivíduos de todas as idades e de ambos os sexos, porém, nas mulheres pode ser mais comum no período pré-menstrual ou na menopausa (FINKEL; PRAY, 2007).

É um sintoma comum em algumas doenças, como bulimia e anorexia, intolerância à lactose, síndrome do intestino irritável, giardíase, diverticulite, diarreia ou constipação (FINKEL; PRAY,

2007; LEÓN-BARÚA; BERENDSON, 2009).

Os principais fatores que contribuem com a flatulência são (FINKEL; PRAY, 2007):

- Deglutição de ar ao falar, fumar, comer e beber;
- Ingestão de determinados alimentos, refrigerantes carbonatados, cerveja, *chantilly* e *milk shakes*;
- Metabolização de oligossacarídeos não digeríveis presentes no feijão, pelas bactérias presentes no colo;
- Carboidratos não digeríveis (brócolis, couve-de-bruxelas, couve-flor, repolho e grãos);
- Presença de frutose em determinados refrigerantes, por não ser absorvida por alguns pacientes;
- Adoçantes sorbitol e manitol;
- Medicamentos para o tratamento do diabetes *mellitus*, como metformina, acarbose e miglitol.

3.1.3 Sinais e sintomas

- Inchaço e sensação de estufamento;
- Aumento da circunferência da cintura e dificuldade para fechar a roupa;
- Excessiva eructação ou passagem retal dos gases (FINKEL; PRAY, 2007; LEÓN-BARÚA; BERENDSON, 2009).

3.1.4 Tratamento

3.1.4.1 Tratamento não farmacológico

Algumas medidas não farmacológicas podem contribuir na prevenção da flatulência (FINKEL; PRAY, 2007; KRINSKY et al., 2012):

- Evitar atividades que favoreçam a deglutição de ar, como fumar, mascar gomas ou falar enquanto come;
- Comer e beber devagar, mastigando/triturando completamente o alimento;



- Permanecer em pé por algumas horas após as refeições;
- Evitar ingerir refrigerantes e cervejas, pois são bebidas que contêm gás;
- Evitar consumir alimentos que favoreçam a produção excessiva de gás, como os alimentos que contêm oligossacarídeos não digeríveis (por exemplo: repolho e couve-de-bruxelas), feijões e alimentos gordurosos;
- Evitar alimentos que contenham frutose, lactose, sorbitol, manitol ou amido.

3.1.4.2 Tratamento não farmacológico

3.1.4.2.1 Homeopático (PRATT, 1982; VIJNOVSKY, 2015)

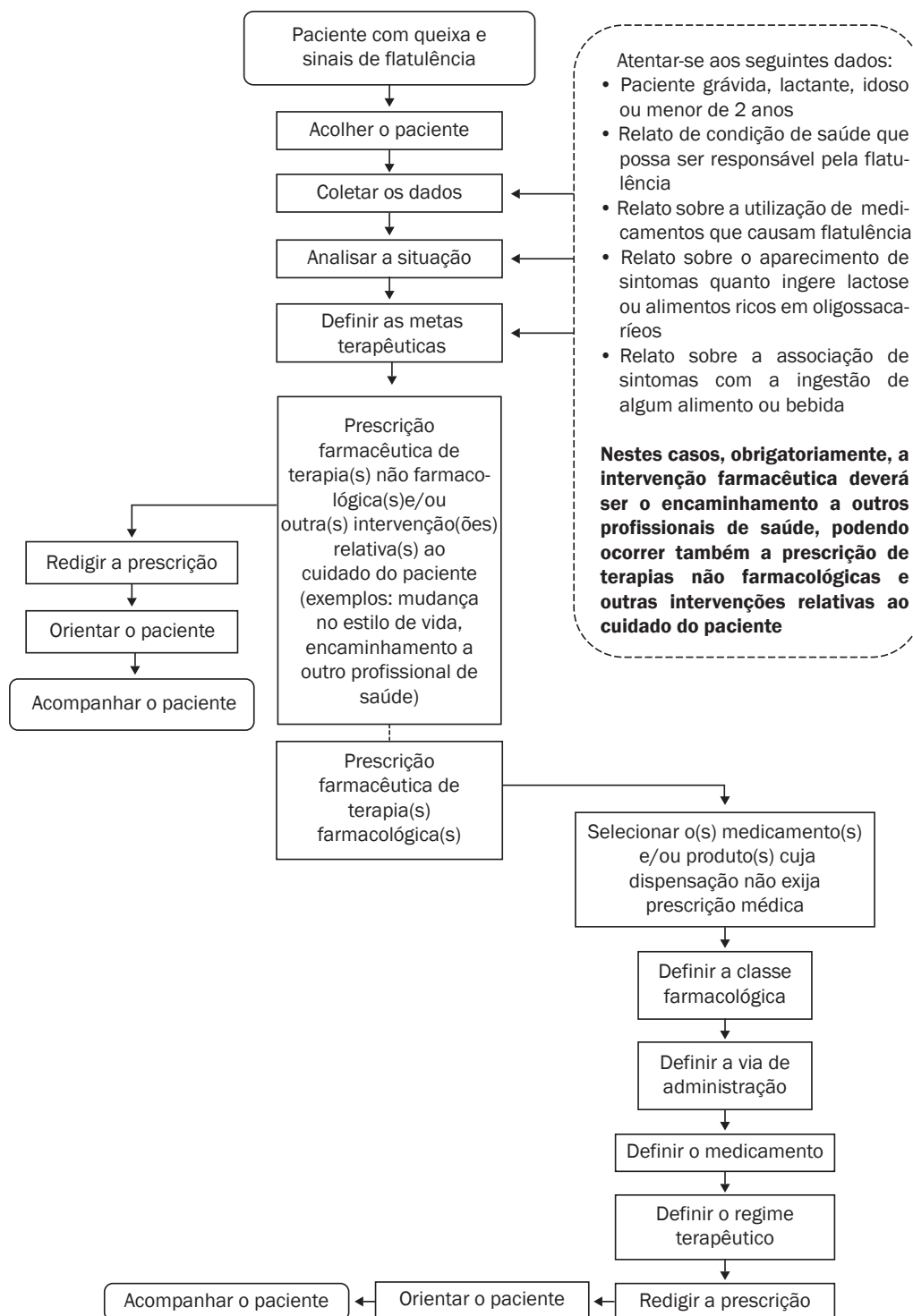
- *Carbo vegetabilis*
- *Raphanus sativus*

3.1.4.2.2 Alopático (FINKEL; PRAY, 2007; LACY et al., 2009; DRUGS; DYNAMED; MEDSCAPE; MICROMEDEX)

SIMETICONA	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Reduz a tensão superficial dos líquidos digestivos e das bolhas de gás neles presentes, formando diversas bolhas menores, facilmente expelidas
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: não é absorvido sistemicamente• Excreção: na sua forma inalterada pelas fezes (entre 24-48 horas)
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade à simeticona• Não utilizar em casos de perfuração ou obstrução intestinal
Reações adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: diarreia, náusea e vômito
Advertências e precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não excretado no leite <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

3.1.4 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica na Flatulência

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



3.2 OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

3.2.1 Definição

A ingestão de alimentos industrializados contendo pouca quantidade de fibras, o sedentarismo presente principalmente nos centros urbanos e a vida tecnológica têm contribuído para a ocorrência de obstipação (constipação intestinal, intestino preso ou ressecado) na população (SURAIA; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012). Existem diversas opiniões sobre o que se pode considerar como obstipação e, de acordo com a *World Gastroenterology Organization* (2010), ela pode diferir entre os pacientes, culturas e religiões.

A fim de que os critérios de diagnóstico de patologias gastrointestinais funcionais fossem padronizados, criou-se a Fundação de Roma, composta por diversos especialistas internacionais. Atualmente, para essas patologias, são utilizados os Critérios Diagnósticos de Roma III (SANCHEZ, 2011 apud BITO, 2013; TRISÓGLIO; MARCHI; TORRES, 2010 apud BITO, 2013).

Dessa forma, no adulto, a obstipação funcional⁷ tem sido definida por duas ou mais das seguintes situações nos últimos três meses, com início dos sintomas há pelo menos seis meses (DROSSMAN et al., 2006):

- Esforço evacuatório durante pelo menos 25% das defecações;
- Fezes grumosas ou duras em pelo menos 25% das defecações;
- Sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das defecações;
- Sensação de obstrução/bloqueio anorretal das fezes em pelo menos 25% das defecações;
- Manobras manuais para facilitar pelo menos 25% das defecações (por exemplo, evacuação com ajuda digital, apoio do assoalho pélvico);
- Menos de três evacuações por semana.

Além disso, a obstipação funcional tem sido

considerada quando as fezes moles estão raramente presentes sem o uso de laxantes e os critérios são insuficientes para síndrome do intestino irritável (DROSSMAN et al., 2006).

Cabe ressaltar que o hábito intestinal é individual, sendo necessário analisar a frequência das evacuações de cada pessoa. Portanto, se um paciente tiver como hábito, por exemplo, três evacuações ao dia, caso ele apresente sintomas e passe a realizar uma evacuação em dias alternados, ele pode ser considerado obstipado, embora não se enquadre na definição citada anteriormente (SURAIA; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012).

3.2.2 Epidemiologia e etiologia

Considerando as variações de entendimento e sintomas relacionados à obstipação, há dificuldades em se obter dados epidemiológicos confiáveis (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010). Entretanto, observa-se que ela é comum em todas as idades (FINKEL, 2007), sendo que os idosos estão propensos à patologia devido à diminuição do tônus muscular, presença de doenças crônicas, debilidade e uso de medicamentos (SURAIA; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012). Nota-se ainda que as mulheres são as mais afetadas (FINKEL, 2007; TRISÓGLIO; MARCHI; TORRES, 2010 apud BITO, 2013), possivelmente em decorrência de alterações hormonais (TRISÓGLIO; MARCHI; TORRES, 2010 apud BITO, 2013), danos musculares – causados por cirurgias ginecológicas e partos – e prolapso genital (CHIARELLI; BROWN; MCEL DUFF, 2000 apud OLIVEIRA et al., 2005).

Os fatores desencadeantes da obstipação podem ter origem comportamental, entre os quais se destacam (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010; SURAIA; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012; BITO, 2013):

- Mudanças nos hábitos alimentares, como diminuição do consumo de alimentos ricos

⁷ A obstipação funcional é aquela relacionada à anormalidade da função motora colorretal, não sendo decorrente de doenças ou alterações anatômicas/estruturais do canal alimentar (MISZPUTEN, 2008). A obstipação secundária a doenças e desordens, tanto intestinais como não intestinais, é denominada obstipação orgânica (THE INDONESIAN SOCIETY OF GASTROENTEROLOGY, 2010 apud BITO, 2013).

- em fibras e de água e aumento da ingestão de alimentos ricos em gorduras e/ou açúcares;
- Mudanças nas rotinas diárias, como alteração dos horários habituais, viagens, situações em que não se encontram banheiros livres e hospitalização;
 - Estresse;
 - Sedentarismo.

Além disso, podem-se citar as seguintes condições associadas à obstipação (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010; SURAIÁ; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012; BITO, 2013):

- Obstrução mecânica, como tumor colorretal, anomalias pós-cirúrgicas e fissura anal;
- Transtornos neurológicos/neuropatia, como depressão, esclerose múltipla e doença de Parkinson;
- Condições endócrinas/metabólicas, como disfunção da tireoide, diabetes *mellitus*, distúrbios renais e distúrbios hidroeletrólitos;
- Transtornos gastrintestinais e afecções locais dolorosas, como hemorroidas, e síndrome do intestino irritável;
- Apendicite;
- Pós-cirurgia, principalmente de origem gastrintestinal e de apendicite e/ou diverticulites.

A obstipação pode estar associada, ainda, ao uso de alguns medicamentos, conforme exemplos destacados abaixo:

- Antiácidos: omeprazol, pantoprazol;
- Antidepressivos: nortriptilina; venlafaxina; amitriptilina; imipramina;
- Antidiarreico: loperamida; *Saccharomyces boulardii-17*;
- Antiepiléticos: ácido valproico; carbamazepina; fenitoína;
- Antiespasmódico: oxibutinina;
- Anti-histamínicos: prometazina; difenidramina;
- Antilipêmicos: colestiramina;
- Antiparkinsonianos: selegilina; biperideno;
- Antipsicóticos: clozapina;
- Bloqueadores de canal de cálcio: verapamil.

3.2.3 Sinais e sintomas

Os sinais e sintomas relacionados à obstipação foram abordados no item definição.

3.2.4 Tratamento

O tratamento da obstipação pode envolver o uso de medicamentos e, principalmente, medidas não farmacológicas.

3.2.4.1 Tratamento não farmacológico

O farmacêutico poderá prescrever tratamentos não farmacológicos para alívio da obstipação, como:

- *Dieta*: Aumento da ingestão de fibras e de líquidos e diminuição do consumo de alimentos ricos em gorduras e/ou açúcares (WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION, 2010; SURAIÁ; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012; BITO, 2013). Recomenda-se que o paciente seja encaminhado ao nutricionista, profissional responsável pela orientação nutricional, para a escolha do melhor plano alimentar;
- *Estabelecimento de hábito diário para defecação*: Reeducação no estabelecimento de horários fixos para defecar, adaptando a rotina ao reflexo entérico de esvaziamento (SURAIÁ; RODRIGUEZ; MORAES-FILHO, 2012);
- *Prática de exercícios físicos*: Prática de exercícios físicos regularmente (podem contribuir para a regularização do trânsito intestinal, pois o estímulo aos músculos abdominais intensifica a atividade entérica) (MACHADO, 2010; PORTALATIN; WINSTEAD, 2012 apud BITO, 2013). Recomenda-se que o paciente seja encaminhado ao educador físico, profissional responsável pela orientação e escolha do melhor programa de atividades;
- *Redução do uso de medicamentos que produzem constipação*, quando possível.



3.2.4.2 Tratamento farmacológico

3.2.4.2.1 Homeopático (VIJNOVSKY, 2015)

- *Alumen*
- *Bryonia alba*
- *Causticum*

3.2.4.2.2 Alopático (FINKEL; PRAY, 2007; LACY et al., 2009; DRUGS; DYNAMED; MEDSCAPE; MICROMEDEX)

Estão elencados nas tabelas a seguir os principais princípios ativos que compõem os produtos cuja dispensação não exija prescrição médica que o farmacêutico poderá prescrever aos seus pacientes, quando estes se apresentarem com obstipação intestinal.

BISACODIL	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação estimulante dos nervos da mucosa entérica• Aumenta a secreção de água e eletrólitos no intestino e o peristaltismo
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: 15-60 minutos por via retal/2-10 horas por via oral• Absorção: 6-10 horas• Eliminação: meia-vida de 8 horas.
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Obstrução intestinal por compactação• Sintomas de apendicite• Gastroenterite• Sangramento retal
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: cólicas intestinais, desconforto abdominal, diarreia excessiva, proctite, ardência retal, descompensação eletrolítica, tontura, náuseas, vômitos
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais de uma semana devido ao efeito irritativo• Não mastigar, partir ou macerar o comprimido• Estabelecer um intervalo de uma hora entre a administração do bisacodil e antiácidos e produtos lácteos• Evitar se houver dor abdominal, náuseas, vômitos, sangramento retal, alteração persistente dos hábitos intestinais e hemorroidas ulceradas• Pode causar dano estrutural permanente na mucosa intestinal e dependência• Possível excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

CÁSCARA SAGRADA (<i>Rhamnus purshiana</i>)	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação laxativa por contato• Estimula a movimentação intestinal e diminui a absorção de água e eletrólitos, facilitando a eliminação das fezes
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início da ação: 6-8 horas

(continua na página seguinte)

(continuação)

CÁSCARA SAGRADA (*Rhamnus purshiana*)

Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Constipação crônica• Obstrução intestinal• Dor abdominal• Processos ulcerosos do trato digestivo• Doenças inflamatórias intestinais agudas• Doenças inflamatórias uterinas• Menstruação• Cistites• Esofagite por refluxo• Transtornos hidroeletrólíticos• Íleo paralítico• Cólon irritável• Diverticulite• Sintomas de apendicite• Nefrites• Insuficiência renal e cardíaca
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: arritmias cardíacas• Gastrintestinais: inibição da movimentação intestinal, cólicas gastrintestinais• Geniturinárias: albuminúria, hematúria e nefropatias• Neuromusculares e esqueléticas: fraqueza muscular e redução óssea acelerada <p>Quando ingerido em excesso, pode levar a complicações em pacientes com distúrbios cardíacos pela perda de eletrólitos, em especial o potássio e em pacientes com distúrbios intestinais, associados à perda de proteínas e gordura nas fezes</p>
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais que uma semana, pois pode causar lentidão intestinal, espasmos, cólicas intestinais, atonia e fator de risco de câncer intestinal• Alguns componentes da cáscara sagrada são excretados pela urina, tornando-a alaranjada• Pode haver alterações bioquímicas nos exames laboratoriais• Informe ao médico se estiver grávida ou amamentando• Não mastigar, partir ou macerar o comprimido• Não utilizar durante a gravidez ou amamentação <p>Fator de risco na gravidez: Informação não encontrada na literatura</p>

DOCUSATO CÁLCICO/SÓDICO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Emoliente fecal• Atividade surfactante que mistura gordura e água nas fezes
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: 24-72 horas• Excreção: fecal

(continua na página seguinte)

(continuação)

DOCUSATO CÁLCICO/SÓDICO	
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Dor abdominal aguda• Obstrução intestinal• Sintomas de apendicite• Náuseas e vômitos• Utilização concomitante com óleo mineral
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: gosto anormal na boca, diarreia, náuseas, cólicas intestinais, atividade intestinal intensa, obstrução intestinal, irritação na garganta• Neuromusculares e esqueléticas: câibra <p>Raro: hepatotoxicidade</p>
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais de uma semana• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Evitar se houver sangramento retal ou não evacuação após a administração de um laxante• A utilização excessiva poderá causar desequilíbrio eletrolítico e dependência• Caso o paciente esteja utilizando digoxina, varfarina e outros medicamentos com cálcio, deve-se estabelecer um intervalo de duas horas entre a administração do docusato e tais medicamentos• Ideal para o alívio temporário da constipação• Adequado para pacientes que devem evitar o esforço durante a defecação (por exemplo, pacientes com hérnia, hemorroidas e problemas cardíacos) e com constipação associada a fezes secas e duras• Seguro para quadros pós-operatórios, gestantes e idosos• Não há estudos que comprovem a excreção no leite <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

FOSFATO DE SÓDIO	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Atrai água por meio de osmose, aumentando a quantidade de água presente na luz intestinal
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início da ação: 1-5 minutos• Absorção: até 10% do produto pode ser absorvido pelo cólon• Eliminação: via renal
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Dor aguda abdominal• Náuseas e vômitos• Sintomas de apendicite• Dor abdominal não diagnosticada• Pacientes em crise de abstinência de álcool

(continua na página seguinte)

(continuação)

FOSFATO DE SÓDIO

Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Endócrinas e metabólicas: hiperfosfatemia, hipocalcemia, hipocalcemia, hipernatremia, acidose metabólica• Gastrintestinais: desidratação, náuseas, vômitos, dor abdominal, distensão abdominal, diarreia, desconforto retal• Miscelânea: prurido, calafrios, ardência
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Evitar em pacientes com dieta de restrição de magnésio, gestantes e pacientes acamados• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Ideal para o alívio da constipação ocasional e na preparação do cólon pré-cirúrgico, raio-X ou exame endoscópico• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno• Gestantes e lactantes devem procurar atendimento médico antes de utilizar o medicamento <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

GLICERINA

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Laxante osmótico, atrai água para o bolo fecal
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início do efeito: 15-30 minuto
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Dor abdominal• Náuseas e vômitos
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: sensação de ardência, desconforto retal, atividade intestinal excessiva
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Retirar o invólucro antes de inserir o supositório• Não utilizar por mais de uma semana• Pode causar dependência• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Procure atendimento médico em casos de sangramento retal• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno• Gestantes e lactantes devem procurar atendimento médico antes de utilizar o medicamento <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Promove a retenção osmótica de líquidos e aumenta o peristaltismo, estimulando a evacuação do intestino
--------------------------	---

(continua na página seguinte)

(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO

Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: 15-30%• Início da ação: 30 minutos a 6 horas• Excreção: até 30% do magnésio absorvido é eliminado pela urina. O restante é excretado nas fezes
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Insuficiência renal• Desequilíbrio eletrolítico existente• Sintomas de apendicite• Lesão miocárdica ou bloqueio cardíaco• Impactação fecal ou fissuras retais• Obstrução intestinal• Dor abdominal idiopática
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Endócrinas e metabólicas: hipermagnesemia, desequilíbrio eletrolítico• Gastrintestinais: cólicas intestinais e diarreia• Neuromusculares e esqueléticas: hipotensão e fraqueza muscular• Respiratórias: depressão respiratória
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar a longo prazo• Utilizar com cautela em pacientes com dieta de restrição de magnésio ou com doença renal• Utilizar com cautela em pacientes com náuseas, vômitos ou dor abdominal• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Gestantes e lactantes devem procurar atendimento médico antes de utilizar o medicamento. <p>Fator de risco na gravidez: D</p>

LACTULOSE

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• As bactérias do cólon degradam a lactulose nos ácidos láctico, acético e fórmico, aumentando a pressão osmótica e a acidificação do conteúdo intestinal, que amolecerá as fezes
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: praticamente não absorvida (< 3%)• Início da ação: 24-48 horas• Metabolismo: necessita da flora colônica para sua ativação• Excreção: urina (3% ou menos), fezes e bile
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Pacientes com galactosemia (necessitam de dieta pobre em galactose)
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Endócrinas e metabólicas: hipernatremia e hipocalemia• Gastrintestinais: cólicas intestinais, desconforto abdominal, diarreia (dose excessiva), flatulência, náuseas, vômitos• Neuromusculares e esqueléticas: câibra

(continua na página seguinte)

(continuação)

LACTULOSE

Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Utilizar com cuidado em pacientes com diabetes <i>mellitus</i>• Monitorar periodicamente os pacientes que utilizarem a lactulose por períodos prolongados (> 6 meses) ou com predisposição a distúrbios eletrolíticos (ex.: idosos)• Observar a resposta ao tratamento em pacientes que também utilizem anti-infecciosos orais• Pode ser administrado com suco de fruta, água ou leite para melhorar o sabor• Não utilizar concomitantemente com outros laxantes, principalmente no início do tratamento• Descartar a solução se estiver espessa ou turva• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: B</p>
---------------------------------	--

MACROGOL (POLIETILENOGLICOL 3350)

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Agente osmótico que provoca a retenção de água nas fezes, intensificando o peristaltismo e amolecendo as fezes• Parece não ter efeito sobre a absorção ativa ou a secreção de glucose ou eletrólitos
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: praticamente não absorvida• Biodisponibilidade: 0,2%• Início da ação: 24-96 horas• Eliminação: fezes (93%) e urina (0,2%)
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Obstrução intestinal ou perfuração• Colite ulcerativa• Retenção gástrica
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: arritmias• Gastrintestinal: diarreia, flatulência, náuseas, cólicas intestinais, inchaço do abdômen, distensão abdominal, ulcerações aftosas na mucosa do cólon, colite isquêmica• Geniturinárias: insuficiência renal• Endócrinas e metabólicas: anomalias de fluidos e eletrólitos• SNC: convulsões
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Manter refrigerado para melhorar a palatabilidade• Não utilizar por mais de uma semana• Pacientes que utilizam o medicamento devem manter-se hidratados antes, durante e após sua administração• Utilizar com cautela em pacientes com sintomas de obstrução intestinal (náuseas, vômitos, dor abdominal) ou perfuração intestinal• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>



ÓLEO MINERAL

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Emoliente fecal• Amolece as fezes• Retarda a absorção de água nas fezes
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: praticamente não absorvida• Início da ação: 6-8 horas• Distribuição: pelo cólon• Excreção: pelas fezes
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Sintomas de apendicite• Dor abdominal• Colostomia e ileostomia• Diverticulite• Colite ulcerosa• Sangramento retal• Impactação fecal• Obstrução intestinal ou perfuração• Retenção gástrica• Refluxo esofágico• Hérnia de hiato• Pacientes geriátricos acamados• Não utilizar concomitante com outros laxativos emolientes
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Dermatológicas: irritação anal, prurido• Gastrointestinais: incontinência fecal, má absorção intestinal, hemorragia retal, cólicas intestinais, náuseas, vômitos, redução da absorção de nutrientes, principalmente de vitaminas lipossolúveis• Respiratórias: pneumonite devido à inalação de óleo ou essência
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais de uma semana• Permanecer em pé de 30-60 minutos após o uso oral para evitar a aspiração do óleo• Evitar se houver náuseas, vômitos ou dor abdominal• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Deve-se estabelecer um intervalo de duas horas entre a administração do óleo mineral e as refeições• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: não recomendado (sem fator de risco atribuído pelo FDA)</p>

ÓLEO DE RÍCINO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Ação estimulante• É hidrolisado a ácido ricinoleico, que aumenta a secreção fluídica no intestino
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início de ação: 2-6 horas

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÓLEO DE RÍCINO

Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Dor abdominal• Náuseas e vômitos• Obstrução e/ou perfuração intestinal• Sintomas de apendicite• Fissuras e/ou colites
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Endócrinas e metabólicas: desequilíbrio eletrolítico• Gastrintestinais: dor abdominal, náuseas, vômitos, atividade intestinal excessiva, cólicas intestinais• SNC: dependência
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Recomenda-se ingestão de muita água após administração oral• O uso não é recomendado durante a gestação, pois pode estimular as contrações uterinas• Seguro durante a amamentação• Não administrar em neonatos <p>Fator de risco na gravidez: X</p>

PICOSSULFATO DE SÓDIO

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Agente estimulante da mucosa do intestino grosso, provocando aumento do peristaltismo e do acúmulo de água e eletrólitos no cólon, reduzindo o tempo de trânsito intestinal e amolecimento das fezes
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: praticamente não absorvida• Biotransformação: convertido em bis-(p-hidroxifenil)-piridil-2-metano (BHPM)• Eliminação: 10% do total da dose convertida é excretada na urina
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Íleo paralítico ou obstrução intestinal• Dor severa• Sintomas de apendicite• Náuseas e vômitos• Desidratação grave• Condição hereditária rara de intolerância à frutose
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: Diarreia; cólicas intestinais, dor abdominal, náuseas, vômitos;• SNC: tontura <p>Raro: hipersensibilidade, reações cutâneas (como angiodema, erupções, <i>rash</i> cutâneo e prurido), síncope</p>
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por períodos prolongados• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: B</p>



POLICARBOFILA CÁLCICA	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Laxativo insolúvel formador de bolo fecal por retenção de água nas fezes• Provoca a estimulação mecânica e aumenta o peristaltismo
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: mínima• Início de ação: 12-72 horas;• Metabolismo: inerte• Excreção: fecal
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Obstrução intestinal• Sintomas de apendicite• Disfagia• Sangramento retal
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: cólicas intestinais, distensão abdominal, flatulência, vômitos, sangramento retal• Respiratórias: asfixia; dificuldade de deglutir ou respirar; dor no peito
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais de uma semana• Deve-se estabelecer um intervalo de pelo menos 2 horas antes ou depois da administração de outros medicamentos• Evitar administrar em pacientes acamados devido ao potencial para causar obstrução intestinal ou com dificuldade de deglutir• Ingerir com grande quantidade de água• Seguro para gestação por não ser absorvido• Não há dados que comprovem a excreção no leite materno, porém, por não sofrer absorção, acredita-se ser seguro <p>Fator de risco na gravidez: A</p>

PSÍLIO/PSYLLIUM (<i>Plantago ovata</i>)	
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Laxativo solúvel formador de bolo fecal por aumentar o peristaltismo e diminuir o tempo de trânsito
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início da ação: 12-72 horas• Absorção: não absorvida no trato gastrointestinal
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Obstrução gastrointestinal• Sintomas de apendicite• Ulceração gastrointestinal• Disfagia• Sangramento retal• Impactação fecal

(continua na página seguinte)

(continuação)

PSÍLIO/PSYLLIUM (*Plantago ovata*)

Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Gastrintestinais: flatulência, diarreia ou cólicas intestinais se utilizado em excesso; constipação, obstrução esofágica ou intestinal• Respiratórias: broncoespasmo; asfixia, obstrução do esôfago• Miscelânea: anafilaxia pela inalação (em indivíduos sensíveis), reação alérgica, rinoconjuntivite
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Não utilizar por mais de uma semana• Estabelecer um intervalo de pelo menos 2 horas antes ou depois da administração de outros medicamentos• Ingerir o medicamento com grande quantidade de água para prevenir asfixia• Descartar caso a mistura esteja espessa• Evitar a inalação de pó seco• Evitar se houver estenose esofágica, úlceras, estenoses, aderências intestinais, dor abdominal, náuseas, vômitos• Evitar se houver dificuldade de deglutir• Os idosos podem apresentar ingestão insuficiente de líquidos, predispondo à impactação fecal e à obstrução intestinal• Descontinuar o uso se houver sangramento retal• Combinar o psílio com dieta de pouca gordura saturada e colesterol• Não há estudos que comprovem a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: B</p>

SENE (*Cassia angustifolia*)

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Laxativo estimulante com ação direta sobre a mucosa intestinal, aumentando o peristaltismo. Inibe a secreção de água e eletrólitos• Agente emoliente das fezes, sem alterar o padrão habitual e defecação
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Absorção: fracamente absorvida• Início da ação: 6-10 horas• Excreção: desconhecida
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Obstrução ou perfuração gastrointestinal• Colite ulcerativa• Sintomas de apendicite• Inflamação intestinal aguda• Impactação fecal• Sangramento retal
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Endócrinas e metabólicas: desequilíbrio eletrolítico• Gastrintestinais: dor abdominal, diarreia, atividade intestinal excessiva, náuseas• Renal: nefrite, coloração amarelo marrom na urina

(continua na página seguinte)

(continuação)

SENE (*Cassia angustifolia*)

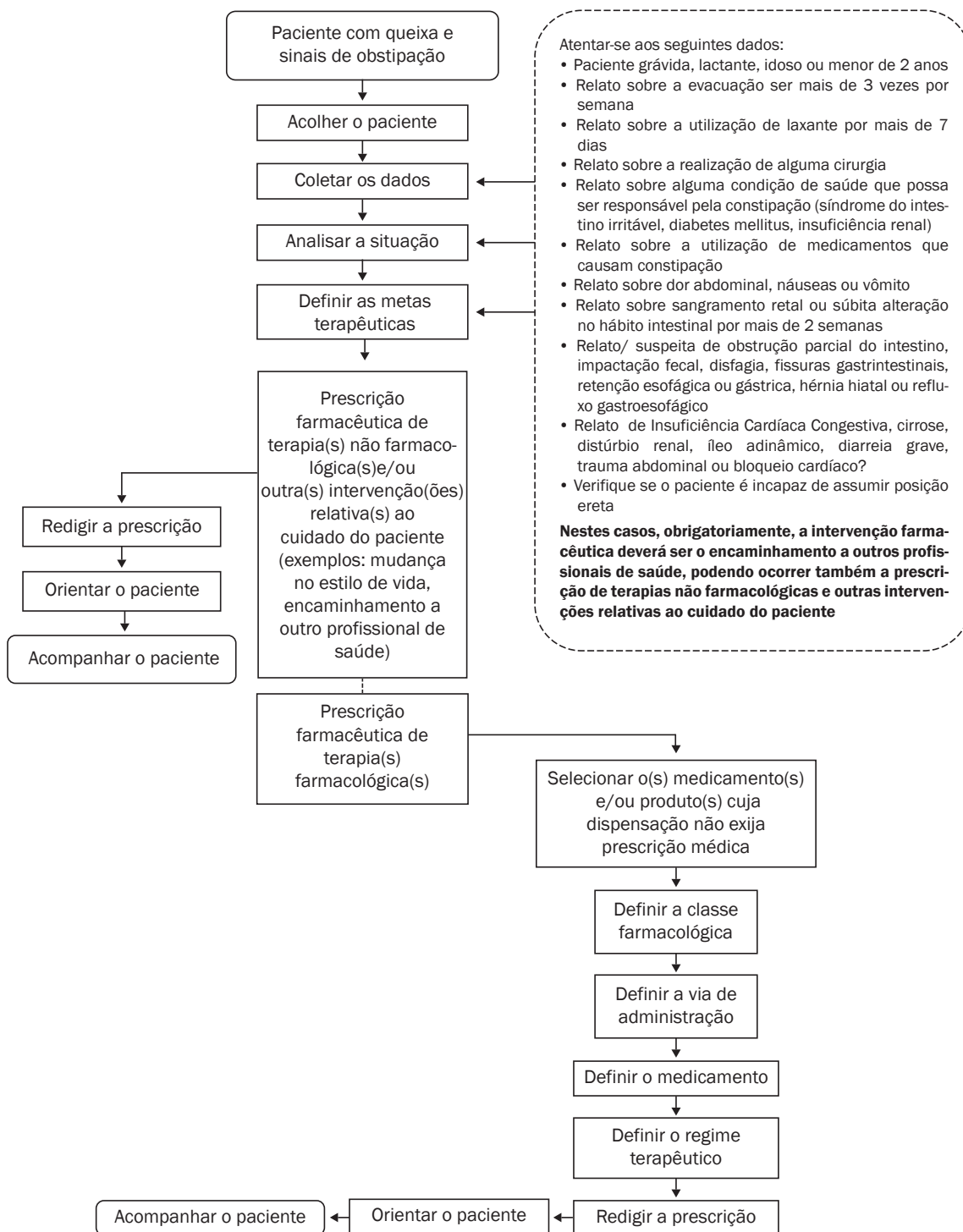
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Pode ser utilizado por mais de uma semana• Evitar se houver dor de estômago, náuseas, vômitos• Evitar se houver súbita alteração nos hábitos intestinais há mais de duas semanas• Descontinuar se o medicamento não aumentar o peristaltismo ou ocorrer sangramento retal• Seguro para lactantes <p>Fator de risco na gravidez: C</p>
---------------------------------	--

SORBITOL

Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none">• Laxante hiperosmótico
Propriedades farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Início da ação: 25 minutos a 1 hora• Biodisponibilidade: mínima• Metabolismo: principalmente no fígado em frutose
Contraindicações	<ul style="list-style-type: none">• Hipersensibilidade a algum dos componentes da fórmula• Dor abdominal• Sintomas de apendicite
Reações Adversas	<ul style="list-style-type: none">• Cardiovasculares: taquicardia• Endócrinas e metabólicas: acidose, desequilíbrio de eletrólitos• Gastrintestinais: diarreia, vômitos, atividade intestinal excessiva, desidratação, necrose gastrintestinal• SNC: apreensão
Advertência e Precauções	<ul style="list-style-type: none">• Evitar se houver disfunção cardiopulmonar grave, diabetes <i>mellitus</i>, hiperglicemia, intolerância à frutose• Risco de desconforto gastrintestinal• Risco de hipernatremia ou desequilíbrio eletrolítico nos casos de administração contínua• Risco de desenvolver estados hiperosmolares em pacientes que não metabolizam o sorbitol de forma eficiente• Risco de hiponatremia, acidose láctica significativa• Monitorar pacientes com disfunção renal ou com doenças cardiovasculares• Não há estudos que comprovam a excreção no leite materno <p>Fator de risco na gravidez: C</p>

3.2.5 Algoritmo de Prescrição Farmacêutica de Obstipação Intestinal

O farmacêutico pode realizar tantas intervenções farmacêuticas quantas achar necessário, porém este algoritmo será focado na prescrição farmacêutica.



REFERÊNCIAS

- ADDOR, F. A. S.; AOKI, V. Barreira Cutânea na Dermatite Atópica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. v.85 (2), Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n2/09.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- ALCHORNE, A. O. A.; ALCHORNE, M. M. A.; SILVA M. M. Dermatoses Ocupacionais. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85(2), Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v85n2/03.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2015.
- BERGER, B. A. **Habilidades de comunicação para farmacêuticos**: construindo relacionamentos, otimizando o cuidado aos pacientes. São Paulo: Pharmabooks, 2011.
- BITO, R. A. S. Autocuidados e automedicação na temática da obstipação. Lisboa, 2013. Originalmente apresentada como dissertação de mestrado, **Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**. Disponível em: <<http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/4708>>. Acesso em: 27 out. 2015.
- BRANDÃO, A. Atribuições Clínicas do farmacêutico, sim. **PHARMACIA BRASILEIRA**. Brasília: CFF, 2014.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 138, de 29 de maio de 2003. Dispõe sobre o enquadramento na categoria de venda de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 06 de jan. 2003. Seção 1, p.56. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/33%20-%20BRASIL_%20MINIST%C3%89RIO%20DA%20SA%C3%9ADE%202003%20RDC_138_2003_ANVISA.pdf>. Acesso em 03 nov. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 971, de 03 maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 04 mai. 2006, seção 1, p. 22.
- Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html>. Acesso em: 17 nov. 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 ago. 2009. Seção 1, p. 78. Disponível em: <http://cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 03 nov. 2015.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 555, de 30 de novembro de 2011. Regulamenta o registro, a guarda e o manuseio de informações resultantes da prática da assistência farmacêutica nos serviços de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 dez. 2011. Seção 1 p.188. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/555.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013a. Seção 1 p.186. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>>. Acesso em: 06 nov. 2015.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 586, de 29 de agosto de 2013. Regula a prescrição farmacêutica e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 set. 2013b. Seção 1, p. 136. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/586.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.
- BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. Resolução CFF nº 596, de 21 de fevereiro de 2014. Dispõe sobre o Código de Ética Farmacêutica, o Código de Processo Ético e estabelece as infrações e as regras de aplicação das sanções disciplinares. **Diário**

rio Oficial da União, Brasília, DF, 25 mar. 2014a. Seção 1, p. 99. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/596.pdf>>. Acesso em: 03 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Formulário Terapêutico Nacional 2010/Rename 2010**. 2. ed. MS, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/formulario_terapeutico_nacional_2010.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Uso Racional de Medicamentos** – temas selecionados. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno nº 1 - **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/servicos_farmacuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica – Caderno nº 2 - **Capacitação para Implantação dos Serviços de Clínica Farmacêutica**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cuidado_farmacutico_atencao_basica_saude_2.pdf>. Acesso em: 13 out. 2015.

BRASIL, Presidência da República. Lei nº 13.021, de 08 de agosto de 2014. Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 11 ago. 2014d. Seção 1, p.1. Edição extra. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/

L13021.htm>. Acesso em: 24 nov. 2015.

BRENNER, F. M. et al. Acne: Um tratamento para cada paciente. **Revista de Ciências Médicas**, v. 15 (3), p. 257-266, 2006.

CAIRO, N. **Guia de Medicina Homeopática**, 21. ed. São Paulo: Livraria Teixeira: 1991.

CARVALHO L. P. **Alergia Clínica**. Ed. Guanabara Koogan S. A., Rio de Janeiro, 1982.

CASTRO, A. P. M. et al. Guia Prático para o Manejo da Dermatite Atópica – opinião conjunta de especialistas em alergologia da Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia e da Sociedade Brasileira de Pediatria. **Revista Brasileira Alergia Imunopatologia**, v. 29 (6), 2006. Disponível em: <http://www.sbai.org.br/revistas/Vol296/ART_6_06_Guia_Pratico.pdf>. Acesso em: 26 ago. 2015.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. **Nota Técnica**: perguntas e respostas referentes às resoluções do CFF nº 585 e nº 586, de 29 de agosto de 2013. Brasília: CFF, 2013. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/userfiles/file/pdf/Nota%20T%C3%A9cnica%20585%20586.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

CFF, Conselho Federal de Farmácia. Consulta Pública nº 01/2015. **Guia de Prática Clínica**: Sinais e Sintomas Respiratórios – Espirro /Congestão Nasal. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/noticia.php?id=2705>>. Acesso em: 26 nov. 2015.

CORRÊA, M. A. **Cosmetologia** – Ciência e Técnica. Livraria e editora Medfarma. São Paulo, 2012.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica**. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.sp.gov.br/resources/ipgg/assistencia-farmacutica/otuki-metodoclinicoparaatencaofarmacutica.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **A Prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed, 2013.

CORRER, C. J. **O Método Clínico de Atenção Farmacêutica**. 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/CassyanoJCorrer/mtodo-clnico-para-os-cuidados-farmacuticos>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

COSTA A. et al. Acne vulgar: estudo piloto de avaliação do uso oral de ácidos graxos essenciais por meio de análises clínica, digital e histopatológica. **Anais Brasileiro de Dermatologia**. 2007.

CRF-PR, Conselho Regional de Farmácia do Estado do Paraná. Curso de Extensão – Capacitação à Distância. Indicação farmacêutica em transtornos menores. **Organização: Comissão de Farmácia e Dispensação (CFD)**, 215.p, 2013.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Projeto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo II – Medicamentos Isentos de Prescrição. São Paulo: CRF-SP, 2010a.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Projeto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo III – Serviços Farmacêuticos. São Paulo: CRF-SP, 2010b.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Projeto: Farmácia Estabelecimento de Saúde**. Fascículo VIII. São Paulo: CRF-SP, 2012.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Curso: **Interações Medicamentosas – MIPs**. São Paulo: CRF-SP, 2014.

CRF-SP, Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Manual de Orientação ao Farmacêutico: Lei nº 13.021/2014 e Valorização Profissional**. São Paulo: CRF-SP, 2015.

COSTA, A.; LAGE, D.; MOISÉS, T. A. Acne e dieta: verdade ou mito? **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 85 (3), p. 346-353, 2010.

COMITÉ DE CONSENSO. **Terceiro Consenso de Granada sobre problemas relacionados com**

os medicamentos (PRM) e resultados negativos associados à medicação (RNM). Revista Ars Pharmaceutica: Faculdade de Farmácia – Universidade de Granada – Espanha, v. 48 (91), p. 5-17, 2007.

CYPRIANI, C. R.; ROCHELLE, S. L. A. **Avaliação do estado nutricional de pacientes com doenças do trato gastrointestinal de um centro de saúde e de um hospital, ambos do município de Piracicaba-SP**. 6º Simpósio de Ensino e Graduação, p. 1-6, 2008.

DA SILVA V.Y.N.E. et al. Dermatites: Diagnóstico e Terapêutica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v.5, n.2, pp.22-26, 2014. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131231_111210.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

DELUCIA, R. et al. **Farmacologia Integrada**. 3 ed. Revinter Ltda. Rio de Janeiro, 2007.

DE OLIVEIRA, S. C. et al. Constipação intestinal em mulheres na pós-menopausa. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 51 (6), p. 334-341, 2005.

DIAS, M. F.; FIGUEIREDO, P. M.; SOUZA, N. R. **Sensibilização dos Profissionais de Saúde para o Programa Brasileiro de farmacovigilância**. ANVISA. In: I Simpósio Brasileiro de Vigilância Sanitária, São Paulo, Brasil, 2002.

DUARTE, I.; FIGUEIREDO, M. Dermatite de Contato na Infância. **Pediatria Moderna**. v. 50(11), p.484-490, 2014. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=5966&fase=imprime>. Acesso em: 29 out. 2015.

DROSSMAN, D. A. et al. **Rome III: the functional gastrointestinal disorders**. 3ed. McLean, VA: Degnon Associates, p.885-93, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ag/v49s1/v49s1a11.pdf>>. Acesso em: 27 de out. 2015.

DRUGS.COM. Banco de dados. Disponível em: <http://www.drugs.com/drug_interactions.php>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

DYNAMED. Banco de dados. Disponível em: <<http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 de out. 2015.

FEROLLA C. Dermatite Seborreica da Face. **Revista Brasileira de Medicina Especial Dermatologia** v. 67, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4485>. Acesso em: 21 out. 2015.

FERREIRA, B. I. A. L. S. et al. Dermatites: Diagnóstico e Terapêutica. **Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**. v.5 (2), p.22-26, 2013. Disponível em: <http://www.mastereditora.com.br/periodico/20131231_111210.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2015.

FINKEL, R.; PRAY, W. S. **Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição**, 1 ed. Artmed. Porto Alegre, 2007.

FERNANDES J. D.; MACHADO, M. C. R.; DE OLIVEIRA Z. N. P. Fisiopatologia da Dermatite da Área das Fraldas – Parte I. **Anais Brasileiros de Dermatologia**; v. 83(6), p. 567-571, 2008. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/10620/art_FERNANDES_Fisiopatologia_da_dermatite_da_area_das_fraldas_2008.pdf?sequence=1>. Acesso em: 28 out. 2015.

FERNANDES J. D.; DE OLIVEIRA Z. N. P. **Dermatite da Área das Fraldas**. Pediatría Moderna; v.46 (6), p.213-221, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4514>. Acesso em: 28 out. 2015.

GOLDSMITH, L. A. et al. **Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine**. 8 ed. McGraw-Hill Companies, United States of America 2012. Disponível em: <<http://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookID=392>>. Acesso em: 31 ago. 2015.

GREENE, N. D.; HARRIS, N. D. **Patologia e Terapêuticas para Farmacêuticos**: Bases práticas da farmácia clínica. 3 ed. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2012.

GREMIÃO, M.P.D. et al. **Dermatite Seborreica: Causas, Diagnóstico e Tratamento**. Infarma, v.16, nº 13-14, 2005. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/72/i06-inf-dermatite.pdf>>. Acesso em: 19 out. 2015.

HERNÁNDEZ, D. S.; CASTRO, M. M. S.; DÁDER, M. J. F. **Método Dáder. Guia de Seguimento Farmacoterapêutico**. 3 ed. Granada: Universidade de Granada, 2007.

JOHNSON, A.; SANDFORD, J. **Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review**. Health Education Research, v. 20 (4), p. 423-429, 2004.

KAYSEROVA, J. et al. A Prospective Study in Children With a Severe Form of Atopic Dermatitis: Clinical Outcome in Relation to Cytokine Gene Polymorphisms. **Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology**, 2012; v. 22(2): 92-101. Disponível em: <http://www.researchgate.net/publication/224845705_A_prospective_study_in_children_with_a_severe_form_of_atopic_dermatitis_Clinical_outcome_in_relation_to_cytokine_gene_polymorphisms>. Acesso em: 20 out. 2015.

KRINSKY, D. L. et al. **Handbook of Nonprescription Drugs** – An Interactive Approach to Self-Care. 17. ed. American Pharmacists Association. Washington, DC, p. 615-659, 2012.

LACERDA, F. V.; PACHECO, M. T. **A ação das fibras alimentares na prevenção da constipação intestinal**. X Encontro Latino Americano de iniciação científica e VI Encontro Latino Americano de Pós-graduação – Universidade do Vale do Paraíba, v. 13 (24), p. 2466-2469, 2006.

LACY, C. F.; et al. **Medicamentos Lexi-Comp**

Manole, [S.I.]: Ed. Manole. Barueri, 2009.

LEÓN-BARÚA, R.; BERENDSON, R. Grandes Síndromes Gastrointestinales (3) Flatulencia (1). **Revista de Gastroenterología del Perú**, v. 29(2), p. 171-173, 2009.

LEICHT S., HANGGI M. Dermatite Atópica. Como Incorporar os Avanços no Tratamento. **Postgraduate Medicine** (Ed. Portuguesa), 18(1): 83-93, 2002.

LEITE, R. M. S.; LEITE, A. A. A. C.; COSTA, I. M. C. Dermatite atópica: uma doença cutânea ou uma doença sistêmica? A procura de respostas na história da dermatologia. **Anais Brasileiros de Dermatologia**; v.82(1), p.71-78, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v82n1/v82n01a10.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2015.

LYRA JUNIOR, D.P.; MARQUES, T.C. **As bases da dispensação racional de medicamentos para farmacêuticos**. São Paulo: Pharmabooks, 2012.

MACHADO, W. M. Constipação Intestinal. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 67, p. 87-94, 2010;

MADRUGA, C. M. D.; DE SOUZA, E. S. M. **Manual de Orientações Básicas para Prescrição Médica**. Conselho Federal de Medicina (CFM) e Conselho Regional de Medicina da Paraíba. Ideia [S.I.]: Editora LTDA., 36.p, 2009.

MARTINS, L. E. A. M.; DOS REIS, V. M. S. Imunopatologia da dermatite de contato alérgica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v.86 (3), Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: MEDSCAPE. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.medscape.com/pharmacists>>. Acesso em: 03 de set. 2015.

MENDES, A.; FONSECA, M. D.; LOPES, T. Dermatite atópica – seguimento farmacoterapêutico e indicação farmacêutica. **Revista Lusófona de Ciências e Tecnologias da Saúde**, v. 4 (1), p. 57-71, 2007. Disponível em: <<http://recil.ulusofona>

[pt/bitstream/handle/10437/2037/699-2517-1-PB.pdf?sequence=1](http://bitstream/handle/10437/2037/699-2517-1-PB.pdf?sequence=1)>. Acesso em: 15 out. 2015.

MICROMEDEX SOLUTIONS. Banco de dados. Disponível em: <<http://aplicacao.periodicos.sau.gov.br/>>. Acesso em: 10 de set. 2015.

MISZPUTEN, S. J. Obstipação intestinal na mulher. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 65 (6), p. 169-173, 2008.

MOTTA, A. et al. Dermatite de contato. **Revista Brasileira de Alergia e Imunopatologia**. v. 34 (3), p. 73-82, 2011. Disponível em: <http://www.bjai.org.br/detalhe_artigo.asp?id=69>. Acesso em: 16 ago. 2015.

NÉRI, E. D. R.; VIANA, P. R.; CAMPOS, T. A. **Dicas para uma boa prescrição hospitalar**. Universidade Federal do Ceará – Hospital Universitário Walter Cantídio – Gerência de riscos hospitalares, 2008. Disponível em: <<http://www.sbrafh.org.br/site/public/temp/51619ae6b5e13.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2015;

OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. **Nota técnica: Prescrição de medicamentos**. ENSP/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/documentos>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

PASCHOAL, F. M.; ISMAEL, A. P. P. B. A ação da luz no tratamento da acne vulgar. **Surgical and Cosmetic Dermatology**, v. 2 (2), p. 117-123, 2010.

PASSOS, M. C. F.; RAMOS, A. F. P. **Patogenia dos distúrbios gastrintestinais funcionais**. Gastroenterologia: da Patogenia à Prática Clínica, s.v, p. 21-34, 2007.

PEREIRA, M. L. **Atenção Farmacêutica com o Método PWDT**. II Simpósio Internacional de Atenção Farmacêutica. Universidade Federal de Alfenas Unifal-MG, 2011.

PRATT, N. **Prescrição Homeopática**. [S.I.]: Editora Roca, 1982.

SAMPAIO A. L. S. B. et al. Dermatite Seborreica. **Anais Brasileiros de Dermatologia**. 2011, v. 86(6), p.1061-74. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abd/v86n6/v86n6a02.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2015.

SCHMITT, J. V.; MASUDA, P. Y.; MIOT, H. A. Padrões clínicos de acne em mulheres de diferentes faixas etárias. **Anais Brasileiros de Dermatologia**, v. 84 (4), p. 349-354, 2009.

SCHULTZ, L. F. Atopic dermatitis: a genetic-epidemiologic study in a population-based twin sample. **Journal of the American Academy of Dermatology**. 1993; 28:719-23. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8496415>>. Acesso em: 04 set. 2015.

SBCD, Sociedade Brasileira de Cirurgia Dermatológica. **Acne - O que é acne?** Disponível em: <<http://www.sbcd.org.br/pagina/1593>>. Acesso em: 24 out. 2015.

SOLÉ, D. et al. Prevalence of atopic eczema and related symptoms in Brazilian schoolchildren: results from the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) phase 3. **Journal of Investigational Allergology and Clinical Immunology**. 2006, v.16 (6), p.367-376. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v82n5/v82n5a06>>. Acesso em: 04 set. 2015.

STEINER, D.; MELO, J. S. J.; BEDIN, V. Acne vulgar. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 60 (7), p. 489-496, 2003.

SURAIA, B. A.; RODRIGUEZ, T. N.; MORAES-FILHO, J. P. Constipação Intestinal, **Revista Brasileira de Medicina**, v. 57 (12), 2012.

TALARICO FILHO, S.; HASSUN, K. M. Acne. **Revista Brasileira de Medicina**, v. 58 (12), p. 7-21, 2001.

VAZ, A. N. Acne vulgar: bases para o seu tratamento. **Revista Portuguesa de Clínica Geral**, v. 19, p. 561-570, 2003.

VIJNOVSKY, B. **Tratamento homeopático das enfermidades agudas**. 21 ed. [S.I.]: Editora Organon, 2015.

WEINGART, S. N. et al. Patient-reported medication symptoms in primary care. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, (2), p. 234-40, 2005.

WORLD GASTROENTEROLOGY ORGANIZATION PRACTICE GUIDELINES; **Constipação: uma perspectiva mundial**, 2010.



APÊNDICES



APÊNDICE A – Modelo de Prescrição Farmacêutica

NDF
Nome da Farmácia

Cabeçalho

Substituir por identificação do estabelecimento farmacêutico, consultório ou do serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado.

Superinscrição

Nome completo do Paciente
Contato

Inscrição, subinscrição e adscrição

nome do medicamento, formulação, dose, frequência e duração do tratamento, quantidade a ser fornecida, orientação sobre o uso correto do medicamento e instruções adicionais

Substituir por descrição da terapia farmacológica:
- nome do medicamento/formulação
- concentração/dinamização - forma farmacêutica - via de administração;
- dose, frequência de administração do medicamento e duração do tratamento;
- quantidade a ser fornecida;
- orientações sobre o uso correto do medicamento;
- instruções adicionais, quando necessário.
Descrição da terapia não farmacológica ou de outra intervenção relativa ao cuidado do paciente.

Data e assinatura


Nome Completo do Farmacêutico

Assinatura

n° CRF
(cidade), (dia) de (mês) de (ano)

Substituir por endereço do estabelecimento farmacêutico, consultório ou do serviço de saúde ao qual o farmacêutico está vinculado.

R. Nome da Rua, 123 - Bairro - Cidade -
SP - CEP: 123456-67 Fone: 5555-7654





APÊNDICE B – Tabela das principais interações medicamentosas

ACNE

ÁCIDO AZELAICO	
Isotretinoína	Possível risco de irritação cutânea

ÁCIDO SALICÍLICO	
Agentes acidificantes	Possível redução da excreção do salicilato
Aines	Possível risco de sangramento gastrointestinal e úlceras pépticas
Anagrelida	Possível risco de hemorragias
Anticoagulantes orais	Possível risco de hemorragias
Antidepressivos tricíclicos	Possível risco de hemorragias
Apixabana	Possível risco de hemorragias
Betabloqueadores adrenérgicos	Possível redução do efeito anti-hipertensivo
Bloqueadores de canais de cálcio	Possível risco de hemorragia e/ou antagonismo do efeito hipotensor gastrointestinal
Ciclosporina	Possível risco de nefrotoxicidade da ciclosporina
Cilostazol	Possível risco de hemorragias
Clopidogrel	Possível risco de hemorragias
Corticosteroides	Possível aumento da toxicidade do salicilato
Dabigatrana	Possível risco de hemorragias
Dipiridamol	Possível risco de sangramento gastrointestinal
Diuréticos de alça	Possível redução dos efeitos anti-hipertensivo e diurético
Diuréticos poupadores de potássio	Possível redução da eficácia dos efeitos do diurético, hipercalemia e nefrotoxicidade
Diuréticos tiazídicos	Possível redução da eficácia dos efeitos anti-hipertensivo e diurético
Edoxaban	Possível risco de hemorragias
Enxofre	Possível sinergia no efeito queratolítico
Erlotinibe	Possível risco de hemorragias e perfuração gastrointestinal
Eptifibatide	Possível risco de hemorragias
<i>Gingko biloba</i> L.	Possível risco de hemorragias
Inibidores da ECA	Possível risco de disfunção renal ou diminuição da eficácia anti-hipertensiva
Inibidores da Norepinefrina e Serotonina	Possível risco de hemorragias
Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina	Possível risco de hemorragias
Isotretinoína	Possível risco de irritação cutânea

(continua na página seguinte)



(continuação)

ÁCIDO SALICÍLICO	
Levofloxacino	Possível risco de convulsões
Meglitinidas	Possível risco de hipoglicemia
Metotrexato	Possível aumento dos efeitos e toxicidade do metotrexato
Norfloxacino	Possível risco de convulsões
Ofloxacino	Possível risco de convulsões
Pemetrexede	Possível risco de toxicidade pelo pemetrexede (mielossupressão, toxicidade renal e toxicidade gastrointestinal)
Pentoxifilina	Possível risco de hemorragias
Prasugrel	Possível risco de hemorragias
Rivaroxaban	Possível risco de hemorragias
Salicilatos	Possível risco de hipoglicemia
Sulfonilureias	Possível risco de hipoglicemia
Tacrolimos	Possível risco de insuficiência renal aguda
Ticagrelor	Possível risco de hemorragias
Ticlopidino	Possível risco de sangramento gastrointestinal
Tirofibana	Possível risco de sangramento gastrointestinal
Tretinoína tópica	Possível risco de irritação cutânea
Vacina contra varicela	Possível risco de síndrome de Reye

PERÓXIDO DE BENZOÍLA	
Ácido benzoico	Possível risco de irritação cutânea
Dapsona	Possível descoloração amarelada ou laranja da pele ou dos pelos faciais da região aplicada
Isotretinoína	Possível risco de irritação cutânea
Tretinoína	Possível aumento da toxicidade da tretinoína



DERMATITES

COALTAR

Ácido aminolevulínico	Possível aumento das reações adversas do ácido aminolevulínico
-----------------------	--

DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO)

Alprazolam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Amantadina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Amitriptilina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Atropina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Azatadina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Baclofeno	Possível aumento dos efeitos sedativos
Biperideno	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Brimonidina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Bromocriptina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Buprenorfina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Carbacol	Possível redução dos efeitos terapêuticos do carbacol
Carbamazepina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Carbinoxamina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Carisoprodo	Possível aumento dos efeitos sedativos
Cetirizina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Ciclizina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Ciclobenzaprina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Clemastina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Clobazam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Clomipramina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Clorpromazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Clozapina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Darifenacina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Desvenlafaxina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Dexbronfeniramina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Diazepam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Diciclomina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Difenidramina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Dimenidrato	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Disopiramida	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Donepezila	Possível redução dos efeitos terapêuticos da donepezila
Doxilamina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Droperidol	Possível aumento dos efeitos sedativos

(continua na página seguinte)

(continuação)

DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO)	
Duloxetine	Possível aumento dos efeitos sedativos
Escopalamina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Etanol	Possível aumento dos efeitos sedativos
Fenobarbital	Possível aumento dos efeitos sedativos
Fisostigmina	Possível redução dos efeitos terapêuticos da fisostigmina
Flavoxato	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Flufenazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Furazolidona	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Galantamina	Possível redução dos efeitos terapêuticos
Haloperidol	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Hidroxizina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Hiosciamina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Ifosfamida	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Imipramina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Ipratrópio	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Imao	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Kava-kava (<i>Piper methistycum</i>)	Possível aumento dos efeitos sedativos
Levocetirizina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Linezolida	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Loperamida	Possível aumento dos efeitos sedativos
Lorazepam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Maprotilina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Meclizina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Meperidina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Metotrimoprazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Midazolam	Possível risco de aumentar os efeitos sedativos
Mirtazapina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Morfina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Nortriptilina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Olanzapina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Olopatadina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Orfenadrina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Oxcarbazepina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Oxibutinina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Oxicodona	Possível aumento dos efeitos sedativos
Paliperidona	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Perfenazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Pergolida	Possível aumento dos efeitos sedativos

(continua na página seguinte)

(continuação)

DEXCLORFENIRAMINA (MALEATO)	
Pilocarpina	Possível redução dos efeitos terapêuticos da pilocarpina
Pimozida	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Pregabalina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Primidona	Possível aumento dos efeitos sedativos
Procarbazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Prometazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Propofol	Possível aumento dos efeitos sedativos
Pirilamina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Quetiapina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Risperidona	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Rivastigmina	Possível redução dos efeitos terapêuticos da rivastigmina
Sufentanila	Possível aumento dos efeitos sedativos
Tacrina	Possível redução dos efeitos terapêuticos da tacrina
Tioridazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Tiotixeno	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Tiotrópio	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Tizadinidina	Possível aumento dos efeitos sedativos
Tolterodina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Topiramato	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Tramadol	Possível aumento da depressão do SNC
Tranileipromina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Triazolam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Trifluoperazina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Triexilfenidil	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Tripolidina	Possível aumento dos efeitos anticolinérgicos
Valeriana (<i>Valeriana officinalis</i>)	Possível aumento dos efeitos sedativos
Vagabatrina	Possível aumento dos efeitos sedativos

ENXOFRE	
Isotretinoína	Possível risco de causar irritação cutânea
Tazaroteno	Possível risco de causar irritação cutânea

HIDROCORTISONA TÓPICA	
Acarbose	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona tópica em excesso
Clorpropamida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona tópica em excesso
Contraceptivos	Possível aumento dos níveis de hidrocortisona

(continua na página seguinte)

(continuação)

HIDROCORTISONA TÓPICA	
Fenitoína	Possível redução dos efeitos terapêuticos da hidrocortisona
Fluorquinolonas	Possível risco de ruptura dos tendões
Glimepirida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona tópica em excesso
Glipizida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Asparte	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Detemir	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Glargina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Glulisina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Lispro	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Insulina Regular	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Linagliptina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Liraglutida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Metformina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Miglitol	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Nateglinida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Pioglitazona	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Repaglinida	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Rosiglitazona	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Saxagliptina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso
Sitagliptina	Possível redução dos efeitos terapêuticos, se utilizar hidrocortisona em excesso

(continua na página seguinte)



(continuação)

HIDROCORTISONA TÓPICA

Vacinas	Possível redução da imunização
---------	--------------------------------

LORATADINA

Amiodarona	Possível aumento do ritmo cardíaco
Anti-histamínicos	Possível aumento da toxicidade
Bosentana	Possível aumento dos níveis de loratadina
Celecoxibe	Possível aumento dos níveis de loratadina
Cetoconazol	Possível aumento dos níveis de loratadina
Cimetidina	Possível aumento dos níveis de loratadina
Citalopram	Possível aumento dos níveis de citalopram
Diazepam	Possível aumento dos efeitos sedativos
Diltiazem	Possível aumento dos níveis de loratadina
Efavirenz	Possível aumento dos níveis de loratadina
Erva-de-São-João (<i>Hypericum perforatum</i>)	Possível redução dos níveis de loratadina
Etanol	Possível aumento da depressão do SNC
Fenitoína	Possível aumento dos níveis de fenitoína
Fluvoxamina	Possível aumento dos níveis de loratadina
Imatinibe	Possível aumento dos níveis de loratadina
Nefazodona	Possível aumento dos níveis de loratadina
Nelfinavir	Possível aumento dos níveis de loratadina
Oxcarbazepina	Possível aumento dos níveis de loratadina
Propranolol	Possível aumento dos níveis de propranolol
Ritonavir	Possível aumento dos níveis de loratadina
Saquinavir	Possível aumento dos níveis de loratadina
Sertralina	Possível aumento dos níveis de sertralina
Sirolimo	Possível aumento dos níveis de loratadina e/ou sirolimo
Tacrolimo	Possível aumento dos níveis de loratadina e/ou tacrolimo
Terbinafina	Possível aumento dos níveis de loratadina e/ou terbinafina
Voriconazol	Possível aumento dos níveis de loratadina

UREIA

Colagenase	Possível redução do efeito da colagenase
Vasopressina	Possível aumento da ação da vasopressina



FLATULÊNCIA

SIMETICONA

Levotiroxina

Possível redução dos efeitos da levotiroxina





OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

BISACODIL	
Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Alcaçuz	Possível risco de hipocalcemia
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Antiácidos	Possível irritação gástrica
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Bicarbonato de sódio	Evitar associação
Bloqueadores H2	Possível redução dos efeitos do bisacodil
Bumetamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Cimetidina	Possível irritação gástrica
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Cloreto de potássio	Possível redução da absorção gastrointestinal do cloreto de potássio, acarretando em hipocalcemia (quando ambos são administrados por via oral)
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Dexametasona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Famotidina	Possível irritação gástrica
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

BISACODIL	
Fosfato de potássio	Possível redução da absorção gastrointestinal do fosfato de potássio, acarretando em hipocalcemia (quando ambos são administrados por via oral)
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Hidroxizina	Evitar associação
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Inibidores da bomba de prótons	Possível irritação gástrica
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Leite	Possível risco de irritação gástrica ou intestinal
Malgadrate	Evitar associação
Manitol	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Medicamentos que contêm alumínio/cálcio/magnésio	Possível redução dos efeitos do bisacodil
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Polietilenoglicol	Possível aumento da toxicidade dos medicamentos; possível risco de ulceração da mucosa ou colite isquêmica

(continua na página seguinte)



(continuação)

BISACODIL	
Prednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinapril	Possível redução na eficácia do bisacodil
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Ranitidina	Possível irritação gástrica
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbutamol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

CÁSCARA SAGRADA (<i>Rhamnus purshiana</i>)	
Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Aines	Possível redução dos efeitos dos Aines
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Asenapina	Possível risco de arritmia
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia

(continua na página seguinte)

(continuação)

CÁSCARA SAGRADA (<i>Rhamnus purshiana</i>)	
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Digitálicos	Possível aumento da toxicidade do digitálico
Diuréticos tiazídicos	Possível deficiência de potássio
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Esteroides corticoadrenais	Possível deficiência de potássio
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Indometacina	Possível redução dos efeitos da indometacina
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

CÁSCARA SAGRADA (<i>Rhamnus purshiana</i>)	
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilprednolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Prednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia



DOCUSATO CÁLCICO/SÓDICO

Alçaçuz	Possível risco de hipocalemia
Antimicrobianos	Possível redução dos efeitos do docusato
Aspirina	Possível risco de danos à mucosa intestinal
Diuréticos	Possível redução dos níveis de potássio
Droperidol	Possível risco de cardiotoxicidade
Lactulose	Evitar associação
Óleo mineral	Possível inflamação da mucosa intestinal, fígado, baço e gânglios linfáticos

FOSFATO DE SÓDIO

Agentes antidiabéticos	Possível redução da absorção no trato gastrointestinal
Álcool	Possível risco de convulsões em pacientes com abstinência do álcool
Antagonistas dos receptores de Angiotensina II	Possível risco de desidratação, hipovolemia e nefropatia aguda
Anticonvulsivantes	Possível redução da absorção no trato gastrointestinal
Antidepressivos tricíclicos	Possível risco de convulsões
Antimicrobianos	Possível redução da absorção no trato gastrointestinal
Benzodiazepínicos	Possível risco de convulsões em pacientes com abstinência de benzodiazepínicos
Contraceptivos orais	Possível redução da absorção no trato gastrointestinal
Diuréticos	Possível risco de desidratação e nefropatia aguda
Foscarnet	Possível redução dos níveis de cálcio no sangue
Fosfato ácido de sódio	Possível aumento dos distúrbios eletrolíticos, hipovolemia e da toxicidade de ambos
Inibidores da ECA	Possível risco de desidratação, hipovolemia ou nefropatia aguda
Lactulose	Evitar associação
Laxantes ou agentes purgativos	Possível efeito aditivo
Laxantes amaciante das fezes	Possível aumento da taxa de absorção de óleo mineral
Lítio	Possível redução dos níveis de lítio; possível risco de desidratação, hipovolemia e alterações eletrolíticas

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)

Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Ácido nalidíxico	Possível redução dos efeitos do ácido nalidíxico
Alendronato de sódio	Possível redução da absorção do alendronato
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amicacina	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Amilorida	Possível aumento dos níveis de hidróxido de magnésio

(continua na página seguinte)



(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)	
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Antirretrovirais (raltegravir, elvitegravir, rilpivirina, dolutegravir, tipranavir, amprenavir, zalcitabina, delaviridina, atazanavir)	Possível redução dos efeitos das drogas antirretrovirais
Apomorfina	Possível risco de arritmia
Asenapina	Possível risco de arritmia
Aspirina	Possível risco de arritmia
Atropina	Possível redução dos efeitos da atropina
Azitromicina	Possível redução dos efeitos da azitromicina
Bendroflumetiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Bifosfonatos	Possível redução da absorção dos bifosfonatos
Bisacodil	Possível redução dos efeitos do bisacodil
Bumetamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Calcitriol	Possível aumento dos níveis de magnésio
Carbonato de magnésio	Possível aumento dos níveis de magnésio do sangue
Cefaclor	Possível redução dos efeitos do cefaclor
Cefpodoxima	Possível redução dos efeitos da cefpodoxima
Cefuroxima	Possível redução dos efeitos da cefuroxima
Cetoconazol	Possível redução dos efeitos do cetoconazol
Ciclosporina	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Ciprofloxacino	Possível redução dos efeitos do ciprofloxacino
Cisaprida	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Cloreto de magnésio	Possível aumento dos efeitos do cloreto de magnésio
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clorpropamida	Possível aumento dos efeitos da clorpropamida
Cloroquina	Possível redução dos efeitos da cloroquina
Clortalidona	Possível aumento dos efeitos da clortalidona
Clozapina	Possível risco de arritmia
Colecaciferol	Possível aumento dos níveis de magnésio, particularmente em diálise renal crônica
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dabigatrana	Possível redução dos efeitos da dabigatrana
Dasatinibe	Possível redução dos efeitos da dasatinibe

(continua na página seguinte)

(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)	
Deferiprona	Possível redução dos efeitos da deferiprona
Degarelix	Possível risco de arritmia
Desoxicolato de anfotericina B	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dextrose	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Digoxina	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Disopiramida	Possível risco de arritmia
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Doxiciclina	Possível redução dos efeitos da doxiciclina
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Drospironona	Possível aumento dos níveis de hidróxido de magnésio
Eltrombopague	Possível redução dos efeitos do eltrombopague
Ergocalciferol	Possível redução os efeitos do ergocalciferol
Eribulina	Possível risco de arritmia
Erlotinibe	Possível redução dos efeitos do erlotinibe
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Espironolactona	Possível aumento dos níveis de hidróxido de magnésio
Estradiol	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Estrogênios	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Fenitoína	Possível redução dos efeitos da fenitoína
Ferrocarbonila	Possível redução dos efeitos da ferrocarbonila
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Fosfato de sódio/potássio (intravenoso)	Possível redução dos efeitos do fosfato de potássio
Fexofenadina	Possível redução dos efeitos da fexofenadina
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível redução dos efeitos do gatifloxacino
Gemifloxacino	Possível redução dos efeitos do gemifloxacino
Gentamicina	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Glimepirida	Possível aumento dos efeitos da glimepirida
Glipizida	Possível aumento dos efeitos da glipizida
Glucagon	Possível aumento dos níveis de hidróxido de magnésio
Gluconato ferroso	Possível redução dos efeitos do gluconato ferroso
Gosserrelina	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)



(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)	
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Hidroxicloroquina	Possível redução dos efeitos da hidroxicloroquina
Ibandronato	Possível redução dos efeitos de ibandronato, por redução da absorção gastrointestinal
Ibuprofeno	Possível aumento da absorção de ibuprofeno
Indapamida	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Itraconazol	Possível redução dos efeitos do itraconazol
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível redução dos efeitos do levofloxacino
Levotiroxina	Possível redução dos efeitos da levotiroxina
Limeciclina	Possível redução da absorção gastrointestinal da limeciclina, diminuindo seus efeitos
Lisdexanfetamina	Possível aumento dos efeitos da lisdexanfetamina
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metenamina	Possível redução dos efeitos da metenamina
Micofenolato	Possível redução dos efeitos do micofenolato
Minociclina	Possível redução da absorção gastrointestinal da minociclina, diminuindo seus efeitos
Misoprostol	Possível redução dos efeitos do misoprostol
Moxifloxacino	Possível redução dos níveis do moxifloxacino
Neomicina	Possível redução dos níveis de hidróxido de magnésio
Nilotinibe	Possível redução dos efeitos do nilotinibe
Nitrofurantoína	Possível redução dos níveis do nitrofurantoína por inibição da absorção gastrointestinal
Norfloxacino	Possível redução dos efeitos do norfloxacino
Ofloxacina	Possível redução dos níveis do ofloxacino
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Óxido de magnésio	Possível aumento dos níveis de magnésio no sangue
Oxitetraciclina	Possível redução da absorção gastrointestinal da oxitetraciclina, diminuindo seus efeitos
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pancreatin	Possível redução dos efeitos do pancreatin
Pancrelipase	Possível redução dos efeitos da pancrelipase

(continua na página seguinte)

(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)	
Pantamidina	Possível risco de arritmia
Paricalcitol	Possível aumento dos níveis de magnésio no sangue
Pazopanibe	Possível redução dos efeitos do pazopanibe por aumento do pH gástrico
Penicilamina	Possível redução da absorção da penicilamina
Pimozida	Possível risco de arritmia
Pirimetamina	Possível redução dos efeitos da pirimetamina
Poliestirenosulfonato de cálcio	Possível excesso de íons bicarbonato, aumentando o risco de alcalose metabólica
Prednisolone	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Prednisone	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Propoxifeno	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível aumento dos efeitos da quinidina
Quinina	Possível risco de arritmia
Risedronato	Possível redução dos efeitos do risedronato
Risperidona	Possível risco de arritmia
Rosuvastatina	Possível redução dos efeitos da rosuvastatina
Salbutamol	Possível risco de arritmia
Salicilato de sódio	Possível redução dos efeitos do salicilato de sódio
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sucralfato	Possível redução dos efeitos do sucralfato
Sulfato ferroso	Possível redução dos efeitos do sulfato ferroso
Sulfato de magnésio	Possível aumento dos níveis de magnésio no sangue
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Tacrolimo	Possível aumento dos efeitos do tacrolimo
Telitromicina	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tetraciclina	Possível redução dos níveis de tetraciclina por inibição da absorção gastrointestinal
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Tobramicina	Possível redução dos níveis do hidróxido de magnésio
Trazodona	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

HIDRÓXIDO DE MAGNÉSIO (LEITE DE MAGNÉSIO)	
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Triexifenidil	Possível redução dos efeitos do triexifenidil
Trifluoperazina	Possível risco de arritmia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Vitamina D	Possível aumento dos níveis do hidróxido de magnésio
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

LACTULOSE	
Acetamizol	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Ácido cítrico/citrato de sódio	Possível redução dos efeitos da lactulose
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Antiácidos	Possível redução dos efeitos da lactulose
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Bicarbonato de sódio	Possível redução dos efeitos da lactulose
Bisacodil	Evitar associação
Bumetamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Carbonato de cálcio	Possível redução dos efeitos da lactulose
Cáscara sagrada	Evitar associação
Celulose	Evitar associação
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Citrato de magnésio	Evitar associação
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

LACTULOSE	
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Diclorfenamida	Possível redução dos níveis de potássio no soro; possível aumento da toxicidade
Docusato	Evitar associação
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Fosfato de sódio	Evitar associação
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Glicerina	Evitar associação
Goma guar	Evitar associação
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidróxido de alumínio	Possível redução dos efeitos da lactulose
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Laxantes	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilcelulose	Evitar associação
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Neomicina oral	Possível redução dos efeitos da lactulose

(continua na página seguinte)



(continuação)

LACTULOSE	
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Óleo de rícino	Evitar associação
Óleo mineral	Evitar associação
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Policarbofila	Evitar associação
Polietilenoglicol	Evitar associação
Prednisolone	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Prednisone	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Psílio	Evitar associação
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sene	Evitar associação
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sulfato de magnésio	Evitar associação
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Trifluoperazina	Possível risco de arritmia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico

(continua na página seguinte)



(continuação)

LACTULOSE	
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

MACROGOL (POLIETILENOGLICOL 3350)	
Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betamida	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Bumetamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)



(continuação)

MACROGOL (POLIETILENOGLICOL 3350)	
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Perfluten	Possível risco de arritmia
Perfenazina	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Perdnisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sunitinibe	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)



(continuação)

MACROGOL (POLIETILENOGLICOL 3350)	
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Trifluoroperazina	Possível risco de arritmia
Trióxido de arsênico	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

ÓLEO MINERAL	
Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Antitrombina	Possível redução dos níveis da antitrombina alfa por inibição da absorção gastrointestinal
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betacaroteno	Possível redução dos níveis de betacaroteno
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Calcitriol	Evitar associação
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Colecalciferol	Evitar associação
Contraceptivos orais	Possível redução dos efeitos dos contraceptivos
Dabigatrana	Possível redução dos níveis de dabigatrana por inibição da absorção gastrointestinal
Dalteparina	Possível redução dos níveis de dalteparina por inibição da absorção gastrointestinal
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)



(continuação)

ÓLEO MINERAL	
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Digoxina	Possível redução dos níveis da digoxina
Docusato	Possível aumento da do óleo mineral, melhorando sua absorção gastrointestinal
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Enoxaparina	Possível redução dos níveis de enoxaparina por inibição da absorção gastrointestinal
Ergocalciferol	Possível redução dos efeitos do ergocalciferol
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Etinilestradiol	Possível redução dos níveis de etinilestradiol por inibição da absorção gastrointestinal
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Fondaparinux	Possível redução dos níveis de fondaparinux por inibição da absorção gastrointestinal
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Heparina	Possível redução dos níveis de heparina por inibição da absorção gastrointestinal
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÓLEO MINERAL	
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Prednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Protamina	Possível redução dos níveis de protamina por inibição da absorção gastrointestinal
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sulfadiazina	Possível redução dos níveis de sulfadiazina por inibição da absorção gastrointestinal
Sulfametoxazole	Possível redução dos níveis de sulfametoxazole por inibição da absorção gastrointestinal
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tiorizadina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÓLEO MINERAL	
Varfarina	Possível redução dos níveis de varfarina por inibição da absorção gastrointestinal
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K)	Possível redução dos níveis das vitaminas por inibição da absorção gastrointestinal
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

ÓLEO DE RÍCINO	
Medicamentos de absorção gastrointestinal	Possível redução da absorção dos medicamentos devido ao aumento da motilidade entérica, diminuindo o tempo de trânsito das drogas orais administradas concomitantemente ao óleo de ricino
Acetazolamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÓLEO DE RÍCINO	
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Prednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)

(continuação)

ÓLEO DE RÍCINO

Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

PICOSSULFATO DE SÓDIO

Adrenocorticosteroides	Possível aumento do risco de perda de substâncias como sódio e potássio
Antibióticos	Possível redução da ação laxativa do picossulfato de sódio
Diuréticos	Possível aumento na produção de urina
Policarbofila cálcica	Possível redução dos efeitos do picossulfato de sódio

POLICARBOFILA CÁLCICA

Doxiciclina	Possível redução dos níveis de doxiciclina por inibição da absorção gastrointestinal
Lactulose	Evitar associação
Limeciclina	Possível redução dos níveis de limeciclina por inibição da absorção gastrointestinal
Minociclina	Possível redução dos níveis de minociclina por inibição da absorção gastrointestinal
Oxitetraciclina	Possível redução dos níveis de oxitetraciclina por inibição da absorção gastrointestinal
Picossulfato de sódio	Possível redução dos níveis do picossulfato de sódio
Tetraciclina	Possível redução dos efeitos da tetraciclina por inibição da absorção gastrointestinal

PSÍLIO/PSYLLIUM (*Plantago ovata*)

Lactulose	Evitar associação
Picossulfato de sódio	Possível redução dos efeitos do picossulfato de sódio



SENE (<i>Cassia angustifolia</i>)	
Acetamidazol	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Alfuzosina	Possível risco de arritmia
Amiodarona	Possível risco de arritmia
Anagrelide	Possível risco de arritmia
Azitromicina	Possível risco de arritmia
Betametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Cetoconazol	Possível risco de arritmia
Ciprofloxacino	Possível risco de arritmia
Citalopram	Possível risco de arritmia
Claritromicina	Possível risco de arritmia
Clorpromazina	Possível risco de arritmia
Clortalidona	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Clozapina	Possível risco de arritmia
Cortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Dasatinibe	Possível risco de arritmia
Degarelix	Possível risco de arritmia
Dexametasona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Digoxina	Possível aumento da toxicidade da digoxina
Dolasetrona	Possível risco de arritmia
Dronedarona	Possível risco de arritmia
Droperidol	Possível risco de arritmia
Eribulina	Possível risco de arritmia
Eritromicina	Possível risco de arritmia
Escitalopram	Possível risco de arritmia
Fluconazol	Possível risco de arritmia
Fludrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Flufenazina	Possível risco de arritmia
Fluoxetina	Possível risco de arritmia
Furosemida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Gatifloxacino	Possível risco de arritmia
Gemifloxacino	Possível risco de arritmia
Gosserrelina	Possível risco de arritmia
Granisetrona	Possível risco de arritmia
Haloperidol	Possível risco de arritmia
Hidroclorotiazida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Hidrocortisona	Possível risco de desidratação e hipocalemia
Indapamida	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Irinotecano	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico

(continua na página seguinte)



(continuação)

SENE (<i>Cassia angustifolia</i>)	
Lactulose	Evitar associação
Lapatinibe	Possível risco de arritmia
Leuprolide	Possível risco de arritmia
Levofloxacino	Possível risco de arritmia
Mefloquina	Possível risco de arritmia
Metadona	Possível risco de arritmia
Metilprednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Moxifloxacino	Possível risco de arritmia
Nilotinibe	Possível risco de arritmia
Norfloxacino	Possível risco de arritmia
Ofloxacino	Possível risco de arritmia
Ondansetrona	Possível risco de arritmia
Paliperidona	Possível risco de arritmia
Palonosetrona	Possível risco de arritmia
Pazopanibe	Possível risco de arritmia
Pimozida	Possível risco de arritmia
Prednisolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Prednisona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Propafenona	Possível risco de arritmia
Quetiapina	Possível risco de arritmia
Quinidina	Possível risco de arritmia
Quinina	Possível risco de arritmia
Risperidona	Possível risco de arritmia
Salbuterol	Possível risco de arritmia
Saquinavir	Possível risco de arritmia
Sertralina	Possível risco de arritmia
Sevoflurano	Possível risco de arritmia
Solifenacina	Possível risco de arritmia
Sorafenibe	Possível risco de arritmia
Sotalol	Possível risco de arritmia
Sulfato de sódio/potássio e magnésio	Possível risco de ulceração da mucosa ou colite isquêmica quando administrada concomitantemente a preparações intestinais
Sunitinibe	Possível risco de arritmia
Terbutalina	Possível risco de arritmia
Tioridazina	Possível risco de arritmia
Trazodona	Possível risco de arritmia
Triancinolona	Possível risco de desidratação e hipocalcemia
Trióxido de arsênio	Possível risco de arritmia

(continua na página seguinte)



(continuação)

SENE (<i>Cassia angustifolia</i>)	
Triptorrelina	Possível risco de arritmia
Ureia	Possível risco de desequilíbrio eletrolítico
Vardenafil	Possível risco de arritmia
Venlafaxina	Possível risco de arritmia
Voriconazol	Possível risco de arritmia
Ziprasidona	Possível risco de arritmia

SORBITOL	
Poliestireno sulfonato de sódio	Evitar associação

REFERÊNCIAS

DRUGS.COM. Banco de dados. Disponível em: <http://www.drugs.com/drug_interactions.php>. Acesso em: 10 de nov. 2015.

DYNAMED. Banco de dados. Disponível em: <<http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>>. Acesso em: 20 de out. 2015.

FINKEL, R.; PRAY, W. S. **Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição**, 1ª edição. Ed. Artmed. Porto Alegre, 2007.

LACY, C. F. et al. **Medicamentos Lexi-Comp Manole**, 1ª edição. Ed. Manole. Barueri, 2009.

MEDSCAPE. Banco de dados. Disponível em: <<http://www.medscape.com/pharmacists>>. Acesso em: 03 set. 2015.

MICROMEDEX SOLUTIONS. Banco de dados. Disponível em: <<http://aplicacao.periodicos.saude.gov.br/>>. Acesso em 10 set. 2015.



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO



**Organização
Pan-Americana
da Saúde**

Escritório Regional para as Américas da
Organização Mundial da Saúde

REPRESENTAÇÃO NO BRASIL



Farmácia
*é estabelecimento
de saúde*



*Esse direito
é de todos*



CRF SP
CONSELHO REGIONAL
DE FARMÁCIA
DO ESTADO DE SÃO PAULO