

100 DESAFIOS CLÍNICOS E SOLUÇÕES

Farmacêuticos na Linha de Frente

Vera Lúcia Pivello
Amouni Mohmoud Mourad

Atheneu

100 Desafios Clínicos e Soluções

FARMACÊUTICOS NA LINHA DE FRENTE



SAL

SERVIÇO DE ATENDIMENTO AO LEITOR

Tel.: 08000267753

www.atheneu.com.br

(21) 99165-6798 Facebook.com/editoraatheneu Twitter.com/editoraatheneu Youtube.com/atheneueditora

100 Desafios Clínicos e Soluções

FARMACÊUTICOS NA LINHA DE FRENTE

Vera Lúcia Pivello
Amouni Mohmoud Mourad

Atheneu
Rio de Janeiro • São Paulo
2027

EDITORA ATHENEU

São Paulo — Rua Maria Paula, 123 – 13° andar
Conjuntos 133 e 134
Tel.: (11) 2858-8750
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Rio de Janeiro — Rua Bambina, 74 – Lojas A e B
Tel.: (21) 3094-1295
E-mail: atheneu@atheneu.com.br

Pré-Produção e Produção Gráfica: Equipe Atheneu

Capa: Bruno Eustáquio

Produção Editorial: Alice Barducci

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P764c

Pivello, Vera Lúcia
100 desafios clínicos e soluções : farmacêuticos na linha de frente / Vera Lúcia Pivello, Amouni Mohmoud Mourad. - 1. ed. - Rio de Janeiro : Atheneu, 2026.
il. ; 23 cm.

Inclui bibliografia e índice
ISBN 978-85-388-1321-7

1. Farmácia. 2. Cuidados primários de saúde. 3. Farmacologia clínica. I. Mourad, Amouni Mohmoud. II. Título.

26-106722.0

CDD: 615.58
CDU: 616-085

Gabriela Faray Ferreira Lopes - Bibliotecária - CRB-7/6643

29/07/2026 30/07/2026

Pivello VL e Mourad AM
100 desafios clínicos e soluções – farmacêuticos na linha de frente

© Direitos reservados à EDITORA ATHENEU – Rio de Janeiro, São Paulo, 2027.

Dor 1

CASO 1

Paciente do sexo feminino, 48 anos, em uso de carbamazepina (Tegretol®) de 200 mg, duas vezes ao dia, há três meses, com indicação para controle da neuralgia do trigêmeo, condição responsável por dores faciais intensas. Relata dor recorrente no joelho operado anos atrás, mas evita retornar ao ortopedista por receio de nova indicação cirúrgica. Por conta própria, iniciou o uso de Lisador® (associação de dipirona, prometazina e adifenina), uma a duas vezes ao dia, lembrando que esse medicamento foi eficaz no alívio da dor no pós-operatório. Após alguns dias de uso contínuo do analgésico combinado, apresentou episódio de tontura com escurecimento visual, quase levando à queda em via pública. Foi amparada por transeuntes, evitando ferimentos.

Discussão

A paciente fez uso concomitante de carbamazepina, um anticonvulsivante com ação depressora sobre o sistema nervoso central (SNC), e de Lisador®, cuja composição reúne fármacos que também atuam como depressores do SNC – dipirona (analgésico e antipirético), prometazina (anti-histamínico sedativo e anticolinérgico) e adifenina (antiespasmódico com ação anticolinérgica). Essa combinação pode potencializar os efeitos sedativos e comprometer a função neurológica, favorecendo eventos adversos como sonolência excessiva, tontura e síncope. O caso configura um possível PRM devido à interação medicamentosa e ao uso sem orientação profissional.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Solicitar suspensão imediata do uso de Lisador® sem prescrição.
- Informar à paciente os riscos da automedicação, especialmente da associação de medicamentos com ação depressora do sistema nervoso central.

- Orientar à paciente que a prescrição de analgésicos deve considerar os medicamentos de uso contínuo.
- Encaminhar paciente ao médico, preferencialmente neurologista e ortopedista.

Educação em Saúde e Adesão ao Tratamento

- Explicar à paciente os mecanismos de ação dos fármacos envolvidos e o modo como interações medicamentosas podem causar efeitos adversos graves.
- Reforçar a importância de não iniciar medicamentos, ajustá-los ou suspendê-los por conta própria.
- Registrar o problema relacionado a medicamento, com classificação PRM tipo 4 (uso de medicamento sem indicação apropriada, com risco de evento adverso).

Acompanhamento Farmacoterapêutico

Oferecer seguimento regular com farmacêutico, para revisar a farmacoterapia, monitorar a adesão e identificar precocemente possíveis interações ou efeitos adversos.

CASO 2

Paciente do sexo feminino, 62 anos, relata dor crônica e recorrente, referindo diagnóstico prévio de fibromialgia. Durante conversa com o farmacêutico, afirma que testou diversos analgésicos, obtendo pouco alívio, e que os medicamentos prescritos anteriormente também deixaram de surtir efeito. Refere desmotivação com o acompanhamento médico, o que a levou a interromper as consultas. Informa que passou a tomar naproxeno 250 mg, duas vezes ao dia, por sugestão de uma vizinha, o qual é o único fármaco que lhe traz algum alívio.

Discussão

Diante das queixas relatadas e do histórico de múltiplas comorbidades, a paciente deve ser encaminhada para avaliação médica, sendo vedado ao farmacêutico prescrever ou recomendar qualquer novo medicamento para alívio da dor nesse contexto. O profissional explicou os riscos associados ao uso contínuo e sem supervisão médica de anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), como o naproxeno – entre eles, aumento da pressão arterial, danos ao trato gastrintestinal e potencial desenvolvimento de doença renal crônica.

Além disso, o farmacêutico aproveitou a oportunidade para elucidar que a fibromialgia é uma condição caracterizada por dor musculoesquelética difusa, acompanhada frequentemente de fadiga e distúrbios do sono, além de alterações cognitivas e emocionais. Assim, destacou que o tratamento eficaz exige abordagem multiprofissional, incluindo não só medicamentos, mas também mudança no estilo de vida, prática de atividades físicas supervisionadas e, sempre que possível, acompanhamento psicológico. O uso isolado de analgésicos comuns tende a ser insuficiente, sendo necessário o emprego de outras classes de fármacos sob rigoroso acompanhamento clínico.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Encaminhar a paciente à avaliação médica especializada (reumatologista ou clínico), considerando a falta de seguimento terapêutico e a falha do controle da dor.
- Orientação a paciente quanto aos riscos do uso prolongado de naproxeno sem prescrição, especialmente frente às comorbidades presentes.
- Explicar sobre a fibromialgia e sobre a importância da abordagem multiprofissional, incluindo atividade física regular, suporte psicológico e educação em saúde.
- Incentivar adesão ao acompanhamento clínico e ao uso correto dos medicamentos prescritos.
- Revisar a farmacoterapia atual da paciente (avaliação de PRM e interações medicamentosas) em consulta farmacêutica estruturada.

CASO 3

Arlindo, 52 anos, faz uso de losartana 50 mg, pela manhã, e atenolol 50 mg, à tarde, para controle da hipertensão arterial. Após constatação de alterações nos exames de perfil lipídico, foi prescrita sinvastatina 20 mg, à noite. Há cerca de um ano, sofreu um evento isquêmico e passou a utilizar bissulfato de clopidogrel 75 mg (1 comprimido ao dia, no almoço) como agente antiplaquetário. Recentemente, Arlindo começou a sentir dores no dedo mínimo do pé direito. Sem avaliação médica, iniciou o uso de ibuprofeno 200 mg (1 a 2 comprimidos ao dia), o que aliviava os sintomas, embora causasse queimação gástrica. Com o passar dos dias, passou também a tomar ácido acetilsalicílico (AAS) 500 mg, cedido por um vizinho, em doses de 2 a 3 comprimidos por dia, sem suspender o ibuprofeno. Cerca de dez dias após o início da associação, apresentou episódio de hemorragia digestiva alta, necessitando de internação hospitalar.

Discussão

O AAS inibe irreversivelmente as enzimas cicloxigenases (COX-1 e COX-2), especialmente a COX-1 presente nas plaquetas, o que reduz a produção de tromboxano A2 e, consequentemente, a agregação plaquetária. Esse efeito antiagregante se mantém por todo o ciclo de vida da plaqueta (sete a dez dias).

O ibuprofeno, por sua vez, é um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) que inibe reversivelmente as mesmas enzimas COX. Seu uso prolongado e sem orientação médica pode causar lesões gástricas e renais, além de aumentar o risco de sangramentos, quando associado a outros fármacos com ação anticoagulante ou antiagregante.

O clopidogrel atua por um mecanismo diferente: inibe a agregação plaquetária ao bloquear o receptor de adenosina difosfato (ADP) nas plaquetas, interferindo na ativação do complexo glicoproteico GPIIb/IIIa, fundamental à agregação plaquetária.

A associação de AAS, ibuprofeno e clopidogrel aumenta significativamente o risco de eventos hemorrágicos graves, como ocorreu no caso de Arlindo. O uso não supervisionado de medicamentos com ação sobre a hemostasia representa risco clínico elevado.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Suspender imediatamente o uso de AAS e ibuprofeno por automedicação, orientando o paciente a não utilizar medicamentos sem prescrição médica.
- Encaminhar Arlindo ao médico, para avaliação da dor no pé e investigação de possíveis causas, como gota ou artrite.
- Orientar o paciente quanto aos riscos da interação entre antiagregantes plaquetários e AINE, incluindo a potencialidade de hemorragia gastrintestinal.
- Realizar revisão da farmacoterapia atual, com foco na segurança do paciente e na prevenção de novos eventos adversos.
- Estimular adesão ao seguimento clínico com cardiologista e clínico, reforçando a importância do acompanhamento multiprofissional.

CASO 4

Isaura, 73 anos, faz uso regular de amitriptilina 75 mg, às 10 horas da manhã, para tratamento de depressão, de metformina 850 mg, no almoço, para controle de diabetes tipo 2, de losartana 50 mg, ao acordar, e de atenolol 50 mg, às 16h, para controle da pressão arterial. Durante seguimento farmacoterapêutico ambulatorial, tanto sua pressão arterial quanto sua glicemia mantinham-se dentro dos parâmetros adequados. Há cerca de duas

semanas, Isaura começou a sentir dor na região da bexiga e iniciou, por conta própria, o uso de escopolamina (Buscopan®), administrando entre duas a três drágeas por dia. Desde então, passou a apresentar sintomas, como agitação, sensação de "batedeira no peito" e constipação intestinal persistente, o que a levou a procurar orientação farmacêutica.

Discussão

A amitriptilina é um antidepressivo tricíclico com potente ação anticolinérgica, sendo considerada potencialmente inapropriada para pacientes idosos, segundo os Critérios de Beers-Fick, devido ao risco de efeitos adversos como confusão, constipação, retenção urinária e hipotensão ortostática. Apesar disso, pode ser utilizada com monitoramento clínico.

A escopolamina, utilizada por Isaura como automedicação, também possui ação anticolinérgica significativa. A associação com amitriptilina pode ter provocado um efeito aditivo, exacerbando os sintomas adversos relatados: constipação, taquicardia e possível instabilidade autonômica.

Além disso, Isaura faz uso de atenolol, um β-bloqueador adrenérgico que, em associação com agentes anticolinérgicos, pode induzir respostas paradoxais do sistema nervoso autônomo, contribuindo para os sintomas cardiovasculares. É possível que mecanismos contrarregulatórios tenham sido ativados devido ao desequilíbrio autonômico causado pela interação entre esses fármacos.

Conduta Farmacêutica Recomendada

QUADRO 1.1. Método Dáder para seguimento farmacoterapêutico.

Fármacos	Necessidade	Efetividade	Segurança
Amitriptilina 75 mg	Sim (depressão): pode não ser o mais indicado	Não pôde ser avaliada aqui	Questionável pela ação anticolinérgica
Metformina 850 mg	Sim, controle de glicemia e DM2	Sim, glicemia controlada	Sim, glicemia controlada
Losartana 50 mg	Sim, controle da PA	Sim, PA controlada	Sim, antes do uso seguido do anticolinérgico
Atenolol 25 mg	Sim, controle da PA	Sim, PA controlada	Sim, antes do uso seguido do anticolinérgico
Escopolamina (Buscopan®) (automedicação)	Questionável – investigar a causa da dor (infecção?)	Não pôde ser avaliada aqui	Com amitriptilina e atenolol, riscos cardiovasculares

- Orientar a paciente a interromper imediatamente o uso de escopolamina (Buscopan®) e a avaliar com o médico a real causa da dor referida na bexiga (como possível infecção do trato urinário).
- Solicitar reavaliação médica do uso de amitriptilina, considerando os efeitos anticolinérgicos exacerbados em pacientes idosos e a possibilidade de substituição por antidepressivos mais seguros.
- Reforçar a importância de evitar automedicação, especialmente com medicamentos que atuam sobre o sistema nervoso autônomo.
- Realizar revisão farmacoterapêutica completa com base no Método Dáder, avaliando necessidade, efetividade e segurança de cada medicamento.
- Encaminhar a paciente à avaliação médica com foco no controle da depressão e em possível investigação urológica.

CASO 5

Mulher, 30 anos, não fumante, procura a farmacêutica e relata episódios recorrentes de dor de cabeça, que ocorrem uma ou duas vezes por mês. As dores são unilaterais, em forma de "pontadas", acompanhadas de náuseas, fotofobia e fonofobia. Também observa leve inchaço ao redor dos olhos durante as crises. Informa que faz uso regular de contraceptivo oral combinado, contendo etinilestradiol (20 mcg) e gestodeno (75 mcg). Solicita orientação farmacêutica para alívio da dor.

Discussão

Os sintomas relatados pela paciente são compatíveis com enxaqueca, distúrbio neurovascular caracterizado por dilatação de vasos cranianos superficiais e ativação do sistema trigeminovascular (neurônios envolvidos na transmissão da dor de cabeça, especialmente a enxaqueca). A presença de aura não foi mencionada, mas a sintomatologia é sugestiva de enxaqueca sem aura.

O uso de contraceptivos orais combinados contendo estrogênio pode estar associado à piora dos sintomas de enxaqueca em algumas mulheres, além de aumentar o risco de eventos tromboembólicos em pacientes com enxaqueca com aura. Em casos com o da paciente, alternativas como minipílulas (progestagênio isolado) ou métodos contraceptivos não hormonais (DIU e barreira) devem ser discutidas com seu médico.

Em relação ao tratamento sintomático da enxaqueca, analgésicos isentos de prescrição (MIP), como dipirona, ácido acetilsalicílico e ibuprofeno, podem ser utilizados nas crises iniciais. Uma opção com ação mais específica é o isometepteno, geralmente

associado à dipirona e à cafeína (como na Neosaldina®), com efeito espasmolítico e analgésico. No entanto, esse medicamento deve ser evitado nos pacientes com hipertensão.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Avaliar a pressão arterial antes de recomendar o uso de isometepteno (p. ex., Neosaldina®). Se estiver dentro da normalidade, orientar uso conforme posologia do fabricante.
- Sugerir o uso de dipirona ou ibuprofeno como analgésicos de primeira linha para crises leves a moderadas, se não houver contraindicações.
- Orientar a paciente a manter um diário da dor, registrando frequência, intensidade, gatilhos e uso de medicamentos.
- Informar à paciente que, caso as crises se tornem mais frequentes ou intensas, será necessário encaminhamento médico para investigação e possível uso de medicamentos específicos (triptanos e profiláticos).
- Sugerir à paciente que converse com seu médico sobre a possibilidade de trocar o contraceptivo atual por outra opção mais segura em casos de enxaqueca, como minipílula ou métodos não hormonais

CASO 6

Lídia, 26 anos, mãe de um filho, relata episódios esporádicos de cólicas menstruais que, embora não a incapacitem, causam desconforto significativo. Ela procura atendimento farmacêutico interessada em saber se o uso de ibuprofeno 400 mg (Buscofem®), recomendado por uma amiga, pode ajudá-la a aliviar esses sintomas.

A farmacêutica realiza uma breve anamnese, questionando histórico de alergias, doenças gastrintestinais e outras condições clínicas, bem como uso de medicamentos. Lídia nega problema de saúde, alergia ou queixa gástrica e informa que utiliza o DIU Mirena® (dispositivo intrauterino com liberação de levonorgestrel) há pouco mais de dois anos, sem intercorrências.

Discussão

A dismenorreia primária está associada à produção aumentada de prostaglandinas endometriais, que promovem contrações uterinas dolorosas. O ibuprofeno, assim como outros anti-inflamatórios não esteroidais (AINE), exerce efeito analgésico e anti-inflamatório ao inibir a enzima cicloxigenase (COX), bloqueando a síntese de prostaglandinas.

O uso de AINE é uma das abordagens mais recomendadas para alívio de cólicas menstruais, desde que não haja contraindicações clínicas, como histórico de gastrite, úlcera péptica, insuficiência renal ou alergia a anti-inflamatórios. No caso de Lídia, o uso do ibuprofeno é considerado seguro, visto que ela não apresenta contraindicações e utiliza o DIU hormonal (Mirena®), método contraceptivo que não interfere na indicação de AINE. É importante reforçar o uso do medicamento na menor dose eficaz e pelo menor tempo necessário.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Orientar o uso de ibuprofeno 400 mg (Buscofem®) até duas vezes ao dia, preferencialmente após as refeições (almoço e jantar), para reduzir o risco de desconforto gástrico.
- Indicar o início do uso no primeiro dia da menstruação ou ao surgimento dos primeiros sintomas de cólica, pelo período máximo de dois dias a três dias consecutivos.
- Alertar a paciente sobre o uso responsável de AINE, evitando automedicação prolongada ou doses superiores às recomendadas.
- Evidenciar que o DIU Mirena® não contraindica o uso de ibuprofeno, desde que o uso seja controlado e de curta duração.
- Reforçar que, caso as dores menstruais se intensifiquem ou se tornem mais frequentes, a paciente deve buscar avaliação médica para investigar outras possíveis causas.

CASO 7

Adilson, 42 anos, procurou o farmacêutico com dúvida sobre se o naproxeno, indicado por um colega como eficaz para dores musculares, seria uma boa opção para tratar a dor lombar que sente desde que teve um "mau jeito" ao realizar um conserto em casa, há dois dias. O farmacêutico já conhecia o histórico de saúde de Adilson e sabia que ele faz uso contínuo de glibenclamida 5 mg (Daonil®), meia dose ao café da manhã, e metformina 500 mg, duas vezes ao dia (almoço e jantar), para controle do diabetes tipo 2. Além disso, Adilson relata crises ocasionais de rinite alérgica, nas quais utiliza budesonida em suspensão nasal (Busonid®), na dosagem de 32 mcg/dose, uma vez a duas vezes ao dia, por dois a três, até a melhora dos sintomas. Diante desse quadro, o farmacêutico avalia se o uso do naproxeno, que é um medicamento isento de prescrição (MIP) com ação anti-inflamatória e analgésica, é realmente seguro para Adilson e procura orientá-lo adequadamente.

Discussão

O naproxeno é um anti-inflamatório não esteroidal (AINE) com propriedades analgésicas e antipiréticas frequentemente utilizado no manejo de dores musculares e inflamações. No entanto, seu uso em pacientes com histórico de doenças alérgicas respiratórias, como rinite, deve ser cauteloso, devido à possibilidade de desvio do metabolismo do ácido araquidônico para a via das lipo-oxigenases, resultando em aumento de leucotrienos e risco de reações alérgicas.

Além disso, Adilson faz uso de glibenclamida, uma sulfonilureia que se liga fortemente às proteínas plasmáticas. O uso concomitante de AINE, como o naproxeno, pode deslocar a glibenclamida de sua ligação às proteínas plasmáticas, elevando a fração livre do fármaco no sangue e aumentando seu efeito hipoglicemiante, com risco de episódios de hipoglicemia. Considerando esses fatores, o naproxeno não é a melhor opção para o caso de Adilson. Alternativas com menor risco de interação e efeitos adversos devem ser priorizadas.

Relembrando conceitos: a fração livre do fármaco é a que exerce a ação farmacológica, enquanto a parte ligada às proteínas é uma reserva, que vai sendo liberada à medida que o fármaco é metabolizado. No caso, aumentando-se a fração livre, deixa-se mais glibenclamida livre, ou seja, não ligada às proteínas do sangue – e sua ação poderá aumentar, daí o risco de hipoglicemia.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Desaconselhar o uso de naproxeno, explicando os riscos de reação alérgica e potencial hipoglicemia, devido à interação com a glibenclamida.
- Sugerir o uso de analgésicos combinados com relaxante muscular, como a associação de dipirona + orfenadrina + cafeína (Dorflex®), um comprimido até três vezes ao dia, por até três dias ou quatro dias, conforme necessidade.
- Orientar que o medicamento seja administrado após as refeições, para minimizar efeitos gástricos.
- Informar ao paciente que, caso a dor persista ou piore, deve procurar avaliação médica para investigação e possível prescrição de tratamento mais específico.
- Reforçar os cuidados com automedicação, especialmente em pacientes com doenças crônicas e em uso contínuo de fármacos potencialmente interativos.

CASO 8

Heraldo, 52 anos, faz uso regular de besilato de anlodipino 5 mg (Norvasc®) no café da manhã, hidroclorotiazida 12,5 mg, às 9 horas, e atenolol 50 mg, às 18 horas, para controle

da pressão arterial. Também utiliza alopurinol 100 mg (Zyloric®), no almoço, para o controle do ácido úrico, condição associada a crises prévias de gota. Seguindo orientações médicas, mantém uma dieta com baixa ingestão de purinas, o que vinha mantendo seu quadro clínico estabilizado. Há três meses, após um episódio de gripe, passou a tomar vitamina C 500 mg (Cewin®), duas vezes ao dia, por conta própria, com o intuito de "fortalecer a imunidade". Duas semanas antes da consulta farmacêutica, apresentou forte dor lombar, sendo atendido em pronto atendimento, onde realizou exames que evidenciaram a presença de cálculos renais. Heraldo manteve o uso dos medicamentos como de costume.

Discussão

A formação de cálculos renais em Heraldo pode estar associada ao uso contínuo e não supervisionado da vitamina C em doses elevadas. A vitamina C, ao ser metabolizada, pode aumentar a excreção de oxalato urinário e acidificar a urina, favorecendo a formação de cristais e a precipitação de cálculos.

Além disso, o uso de diuréticos tiazídicos, como a hidroclorotiazida (HCT), pode elevar os níveis séricos de ácido úrico, por reduzir sua excreção renal, competindo pelos mesmos transportadores de secreção tubular. Apesar da dose baixa utilizada por Heraldo, a combinação com ácido úrico elevado pode contribuir para maior risco de nefrolitíase (presença de cálculos no sistema urinário) e exacerbação de crises de gota.

Portanto, o uso prolongado da vitamina C sem necessidade clínica, aliado à predisposição metabólica e ao uso de medicamentos potencialmente influentes na função renal, torna-se fator de risco considerável para o paciente.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Orientar o paciente a interromper o uso contínuo da vitamina C, explicando seus potenciais efeitos adversos em pacientes com histórico de cálculos renais e gota.
- Reforçar a importância de manter uma dieta pobre em purinas (tais como carnes vermelhas, vísceras e frutos do mar) e uma ingestão adequada de líquidos para prevenir a formação de cristais urinários.
- Solicitar, se necessário, a reavaliação médica do uso de hidroclorotiazida, considerando seu efeito potencial no aumento da uricemia.
- Alertar o paciente sobre os riscos da automedicação, mesmo com medicamentos isentos de prescrição (MIP), e sobre a importância de buscar sempre orientação de um profissional de saúde.
- Estimular o seguimento farmacoterapêutico contínuo e o monitoramento laboratorial regular (ácido úrico e função renal).

CASO 9

Thiago, estagiário de informática, 26 anos, procurou orientação farmacêutica após sentir dor na região cervical, principalmente ao movimentar o pescoço. Ele relatou que permaneceu várias horas sentado em frente ao computador, sem pausas ou alongamentos. Não possui comorbidades e não faz uso contínuo de medicamentos.

Discussão

O quadro apresentado é compatível com uma contratura muscular de origem postural, frequentemente observada após longos períodos em posições estáticas. A dor leve a moderada pode ser aliviada com o uso de medicamentos isentos de prescrição (MIP), desde que não haja contraindicações.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- **Medicamento:** dipirona monoidratada 300 mg + orfenadrina 35 mg + cafeína 50 mg (Dorflex®).
- **Posologia:** um comprimido ou dois, por via oral, até três vezes ao dia, por até três dias.

Orientações não Farmacológicas

- Realizar pausas regulares para alongamento a cada uma hora de trabalho.
- Aplicar compressas mornas na região cervical.
- Manter postura adequada durante o uso do computador.

Orientações Importantes

- Não dirigir ou operar máquinas caso sinta sonolência.
- Evitar uso concomitante do medicamento com bebidas alcoólicas.
- Caso a dor persista por mais de três dias, procurar avaliação médica.

CASO 10

Márcio, mecânico, 60 anos, tem diagnóstico de doença arterial periférica (distúrbio da circulação do sangue nas artérias das pernas, com dores ao caminhar) há 5 anos.

É ex-tabagista, realiza atividade física supervisionada e segue plano alimentar. Faz uso regular de clopidogrel 75 mg/dia (antiagregante plaquetário) e losartana 50 mg/dia (anti-hipertensivo). Exames laboratoriais de glicemia, perfil lipídico e ultrassonografia com Doppler apresentaram-se dentro da normalidade. Durante atividade física, torceu o tornozelo e apresentou dor local. Sem orientação profissional, iniciou uso de naproxeno 500 mg (AINE), um comprimido, duas vezes ao dia, conforme recomendação obtida pela internet. Após alguns dias, evoluiu com sangramento intestinal grave, sendo hospitalizado.

Discussão

A combinação de clopidogrel (antitrombótico) e AINE, como o naproxeno, aumenta significativamente o risco de sangramento gastrintestinal, devido à ação sinérgica sobre a mucosa gástrica e à inibição da agregação plaquetária.

Além disso, o uso prolongado de AINE pode interferir na ação de anti-hipertensivos como a losartana, por meio da inibição da síntese de prostaglandinas vasodilatadoras, levando ao aumento da pressão arterial e à sobrecarga renal.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Orientar o paciente a evitar o uso de AINE sem prescrição, especialmente em uso crônico e em associação com antiagregantes plaquetários como o clopidogrel.
- Sugerir ao paciente que monitore a PA regularmente durante qualquer uso de analgésicos ou anti-inflamatórios, especialmente se for hipertenso.
- Orientar o paciente a buscar analgesia mais segura, como paracetamol, em casos leves a moderados de dor, desde que não haja contraindicações.
- Indicar ao paciente que procure avaliação médica para lesões ortopédicas persistentes, em vez de realizar a automedicação prolongada.

CASO 11

Paciente do sexo masculino, 45 anos, traz como queixa principal dor localizada no cotovelo direito. A dor é intermitente e se intensifica com movimentos específicos, como apertar a mão de alguém, segurar objetos, girar maçanetas ou fechar a mão. Refere início da dor há quatro dias, após treino de tênis recreativo.

Discussão

Os sintomas relatados (dor localizada, com piora ao esforço físico) e a ausência de sinais inflamatórios visíveis graves à anamnese farmacêutica (inchaço intenso e hematoma). Sem uso de medicamentos prévios para esse quadro. Sem comorbidades conhecidas relatadas.

Os sintomas relatados são compatíveis com epicondilite lateral (também conhecida como "cotovelo de tenista"), um processo inflamatório ou degenerativo dos tendões extensores do antebraço, geralmente associado ao uso excessivo do membro superior dominante.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Sugerir o uso de paracetamol 500 mg a 750 mg, a cada 6 a 8 horas, para alívio da dor, por tempo limitado (até três dias).
- Oferecer como alternativa o uso de dipirona 500 mg a 1 g, até quatro vezes ao dia.
- Orientar o paciente a evitar AINE sem avaliação médica, especialmente em caso de fatores de risco (gastrintestinais e cardiovasculares).

Medidas não Farmacológicas

- Recomendar repouso relativo da articulação afetada.
- Orientar o paciente a evitar movimentos repetitivos.
- Sugerir ao paciente que aplique compressas frias nas primeiras 48 a 72 horas, para reduzir a dor. Após esse período, indicar alternância com compressas mornas, se houver rigidez.
- Explicar ao paciente que, se a dor persistir, deve procurar médico ortopedista para avaliação clínica e confirmação diagnóstica.

Educação em Saúde

- Explicar ao paciente a natureza inflamatória do quadro.
- Alertar sobre o risco de cronificação se não houver repouso e tratamento adequados.
- Incentivar avaliação profissional caso a dor não melhore em até sete dias.

Orientações Importantes

- Evitar automedicação com anti-inflamatórios de uso prolongado.
- Não retornar à prática esportiva até regressão da dor.
- Buscar fisioterapia caso o quadro se repita ou se prolongue.

CASO 12

Paciente do sexo masculino, contador, 60 anos, relata ao farmacêutico cansaço, sonolência, dificuldade de concentração no trabalho e dor de cabeça. Paciente com histórico de hipertensão, em uso de propranolol 40 mg, um comprimido, duas vezes ao dia (há 1 mês), e hidroclorotiazida 50 mg, um comprimido, duas vezes ao dia (há 4 meses). Segue dieta hipossódica e é fumante (10 cigarros/dia). Queixa-se de dor articular há 7 dias e iniciou automedicação com naproxeno 550 mg, duas vezes ao dia. Aferições pressóricas recentes: 135 mmHg × 85 mmHg, 140 mmHg × 90 mmHg e 145 mmHg × 90 mmHg.

Discussão

O cansaço e a sonolência podem estar relacionados à ação do propranolol, um betabloqueador não seletivo que reduz o débito cardíaco. O uso do naproxeno pode estar provocando elevação da pressão arterial, pela inibição da síntese renal de prostaglandinas vasodilatadoras.

A dose elevada de hidroclorotiazida (100 mg/dia) ultrapassa a faixa terapêutica eficaz (12,5 mg/dia a 25 mg/dia), aumentando o risco de hiperuricemia e, possivelmente, crise de gota como causa da dor articular.

Conduta Farmacêutica Recomendada

1. Intervenções imediatas

Orientar a interrupção o uso do AINE (naproxeno) que está sendo usado por conta própria, considerando o risco de: elevação da pressão arterial, toxicidade gástrica e efeito adverso sobre a função renal.

2. Recomendações quanto à terapêutica atual, na declaração de serviço farmacêutico conforme a RDC44/09 da ANVISA

Encaminhar ao médico para reavaliação da dose de hidroclorotiazida, para diminuir risco de reações adversas metabólicas. Considerando a queixa de cansaço e sonolência relatados pelo paciente sugerir substituição do propranolol por um betabloqueador cardiosseletivo, como o atenolol ou bisoprolol, que atuam preferencialmente sobre receptores beta-1 cardíacos, reduzindo efeitos como sonolência, fadiga e broncoconstrição periférica.

Encaminhar o paciente à avaliação médica para excluir outras causas de sonolência e cansaço, como disfunções hepáticas, tireoidianas ou distúrbios do sono.

3. Quanto à dor articular

Explicar ao paciente que, caso a dor articular persista após a suspensão do AINE, deve procurar avaliação médica para investigar possível gota, secundária à hiperuricemia induzida por tiazídico.

Não recomendar uso de paracetamol ou dipirona sem diagnóstico confirmado, pois esses medicamentos não são eficazes em dores de origem inflamatória intensa.

Educação em Saúde

- Aconselhar redução e posterior cessação do tabagismo, reforçando o impacto do cigarro na hipertensão e na saúde cardiovascular.

CASO 13

Augusta, 71 anos, IMC 30, hipertensa controlada com irbesartana 150 mg + hidroclorotiazida 12,5 mg (Aprozide®), uma vez ao dia, pela manhã, está em tratamento de dor na perna esquerda, que há cinco anos sofreu artroplastia de joelho (colocação de prótese). O médico instituiu um esquema com prednisona, conforme indicado a seguir.

1º) 1 comprimido 20 mg, 12/12 horas, por 7 dias;

2º) ½ comprimido 20 mg, 8/8 horas, por 7 dias;

3º) ½ comprimido 20 mg, 12/12 horas, por 7 dias;

4º) 1 comprimido 5 mg, 12/12 horas, por 7 dias;

5º) 1 comprimido 5 mg, uma vez ao dia (pela manhã), por 7 dias;

6º) Encerrar o tratamento com a prednisona.

Ele avisou à paciente que outras medidas também devem ser tomadas para controle da dor e melhora das condições gerais, como fisioterapia, exercícios orientados e programa alimentar adequado para redução do peso.

Augusta foi à farmácia do ambulatório, para retirar o medicamento e receber orientação farmacêutica, e perguntou ao farmacêutico por que o medicamento devia ser tomado daquela forma, ou seja, diminuindo-se gradativamente a dose. Argumentou que seria

mais fácil tomá-lo sempre da mesma forma, com as doses iniciais. Assim, o farmacêutico teve de responder aos questionamentos da paciente.

- Como o profissional explicou a necessidade de redução gradual do medicamento? Sabendo-se que o ambulatório dispõe de prednisona 20 mg em fitas com 10 comprimidos sulcados e prednisona 5 mg também em fitas de 10 comprimidos sulcados, quantas fitas de cada dosagem devem ser entregues à paciente?
- No acompanhamento farmacoterapêutico que Augusta faz no ambulatório, foi constatado, após dez dias de uso do corticosteroide, discreto aumento da PA e da glicemia capilar. No entanto, ela confessa ao farmacêutico que "teve redução da dor, está muito satisfeita com isso e vai continuar tomando o remédio, mesmo após o doutor mandar parar".

Como o farmacêutico poderá convencê-la a não ultrapassar o tempo de uso do corticosteroide, explicando os principais efeitos adversos dessa classe de fármacos (especialmente para pacientes na faixa etária em que ela se encontra, e considerando os fatores como hipertensão, alterações na glicemia, alterações osteomusculares)?

Discussão

Os corticosteroides (glicocorticoides, como dexametasona, betametasona, prednisona e deflazacorte) são ferramentas valiosas na terapêutica, mas seu uso deve ser cuidadoso e individualizado, pelos efeitos adversos que podem causar, os quais podem ser mais graves com doses altas e tratamentos prolongados. A utilização de glicocorticoides sintéticos, dependendo do período de administração, pode reduzir as ações do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, que é responsável, no organismo, pela produção e pela regulação desses hormônios. O retorno da função normal do eixo adrenal pode demorar até alguns meses e, quando há interrupção repentina do corticosteroide sintético, os mecanismos fisiológicos de produção e regulação ainda não estão normalizados, podendo desencadear insuficiência adrenal. Os sintomas característicos da deficiência de glicocorticoides são cansaço, anorexia, mialgias, náuseas, vômitos, hipoglicemia, hipotensão, hiponatremia e hiperpotassemia. Pode haver, ainda, retorno da doença de base.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Explicar para Augusta que seu organismo precisa da redução gradual para que não venha a sofrer diversas reações indesejáveis, podendo explicá-las de forma acessível à compreensão da paciente.

- Sobre as quantidades do medicamento a serem entregues, os comprimidos são sulcados, o que permite serem partidos para doses que exijam ½ comprimido: serão então necessários 31,5 comprimidos de 20 mg e 21 comprimidos de 5 mg. A farmácia deve entregar a quantidade mais próxima possível da necessária para o tratamento, cobrindo totalmente o período de uso. Assim, serão entregues para Augusta 4 fitas de 10 comprimidos de 20 mg e 3 fitas de 10 comprimidos de 5 mg.
- Apesar de o médico a ter esclarecido sobre a duração do tratamento com o corticosteroide, Augusta quer continuar a tomá-lo, por se sentir melhor da dor.

A paciente é idosa, e devem ser consideradas as comorbidades existentes e as alterações farmacocinéticas próprias da idade (lentificação dos processos de absorção, distribuição, biotransformação e eliminação). Os glicocorticoides têm, como um dos efeitos adversos, aumento da reabsorção de sódio e retenção hídrica, o que pode prejudicar o controle de sua pressão arterial – e de fato, o farmacêutico já constatou um aumento – que embora não conclusivo, pode indicar isso. Outras situações a serem consideradas com o uso de corticosteroides, especialmente devido ao aumento da idade, são as alterações osteomusculares (fraqueza e perda de massa muscular; osteoporose), manifestação de diabetes latente, e alterações oftálmicas (catarata, aumento da pressão intraocular e glaucoma).

- O farmacêutico deve esclarecê-la, de forma adequada ao seu entendimento, sobre os benefícios do medicamento, mas também alertá-la sobre os problemas que ele pode causar se não for corretamente utilizado, reiterando que não deve ser ultrapassado o tempo de uso indicado pelo médico.

CASO 14

Rosário, 48 anos, com histórico de sobrepeso e hipertensão, faz uso contínuo de enalapril 20 mg/dia, hidroclorotiazida 25 mg/dia e atenolol 50 mg/dia. Sofreu queda da própria altura em casa, resultando em entorse do tornozelo esquerdo, com inchaço e dor intensa. Foi atendida no pronto atendimento e orientada a aplicar compressas frias, duas vezes ao dia, e elevar o membro. Recebeu prescrição de etoricoxibe 90 mg/dia, por 14 dias. Após 7 dias de uso do anti-inflamatório, retornou ao pronto atendimento, queixando-se de tontura, cefaleia em pressão na nuca e palpitações. Aferição de PA: 170 mmHg × 100 mmHg. A filha informou o uso de três anti-hipertensivos e o início do etoricoxibe após o trauma.

Discussão

Ainda que o uso do anti-inflamatório (ou apenas ele) não seja a causa do aumento da pressão, essa situação propõe uma revisão do mecanismo de ação dos coxibes, já

associados a eventos adversos como hipertensão, insuficiência cardíaca, tromboembolismo e AVC isquêmico.

O etoricoxibe é um inibidor seletivo da enzima COX-2, indicado para dor e inflamação. A COX-2 é induzida durante processos inflamatórios e é responsável pela síntese de prostaglandinas inflamatórias. Contudo, a COX-2 também desempenha funções protetoras cardiovasculares, como vasodilatação e inibição da agregação plaquetária.

A supressão exclusiva da COX-2 pode desequilibrar o sistema vascular, deixando a COX-1 dominante, o que favorece vasoconstrição e agregação plaquetária, resultando em aumento do risco cardiovascular, especialmente em pacientes com fatores de risco como hipertensão, sobrepeso/obesidade, uso de anti-hipertensivos e histórico de eventos trombóticos.

Conduta Farmacêutica Recomendada

- Solicitar ao médico que reavalie o uso de etoricoxibe, considerando o perfil cardiovascular da paciente.
- Avaliar a possibilidade de substituição do medicamento por outra classe de analgésicos com menor risco cardiovascular, como dipirona ou paracetamol, se a dor for leve a moderada.
- Recomendar fisioterapia, repouso e uso de suporte elástico como recursos adjuvantes.
- Explicar à paciente e aos familiares que os sintomas (tontura, dor na nuca e palpitação) podem estar associados à elevação da PA, possivelmente desencadeada ou agravada pelo etoricoxibe.
- Ressaltar a importância de não prolongar o uso do anti-inflamatório sem supervisão médica.
- Incentivar a paciente a realizar o monitoramento diário da PA até a próxima consulta médica.

Educação em Saúde

- Utilizar linguagem acessível para explicar que, apesar de serem modernos e eficazes, os coxibes devem ser usados com cautela em pessoas com problemas no coração ou pressão alta.
- Informar que a dor da entorse tende a melhorar com o tempo e que o tratamento deve equilibrar eficácia e segurança.

CASO 15

Farmacêutico atuante em Unidade Básica de Saúde (UBS), na periferia de uma grande cidade, conduz palestra educativa voltada à comunidade local. O tema abordado é o uso racional de medicamentos, com foco nos analgésicos, que são amplamente utilizados, muitas vezes de forma incorreta, por pessoas com dores crônicas.

Durante o encontro, os participantes compartilham experiências e dúvidas sobre o uso contínuo de analgésicos. O profissional utiliza a ocasião para esclarecer pontos essenciais relacionados à segurança, eficácia e riscos da automedicação.

Pontos Abordados e Condutas Educativas Reforçadas pelo Farmacêutico

- Evitar a combinação de diferentes analgésicos sem prescrição
- Misturar medicamentos com a mesma finalidade não aumenta o efeito analgésico, mas os riscos de toxicidade hepática ou renal e de efeitos adversos no sistema nervoso central.
- Dor recorrente deve ser investigada: a dor é um sinal de alerta do organismo. Se for persistente ou frequente, é essencial buscar avaliação médica para identificação da causa e realização do tratamento adequado, não apenas mascarar o sintoma.
- Nem toda dor é aliviada com analgésicos comuns: tipos específicos de dor exigem tratamentos direcionados.
  - **Enxaqueca:** uso de triptanos, anticorpos monoclonais anti-CGRP (CGRP significa peptídeo relacionado ao gene da calcitonina, uma proteína que, quando liberada, causa inflamação nas meninges, que são as membranas do cérebro, e, para a maioria dos pacientes com enxaqueca, causa a dor de uma crise de enxaqueca) ou moduladores serotoninérgicos (como antidepressivos tricíclicos, ISRS e IRSN).
  - **Dores miofasciais e neuropáticas:** melhor resposta com antidepressivos tricíclicos (amitriptilina) e anticonvulsivantes (gabapentina e pregabalina).
- Evitar, no caso de dor que se prolonga, o uso de analgésicos com medicamentos de ação central (calmantes, antiepilépticos, antiparkinsonianos): pode ocorrer depressão excessiva do sistema nervoso central, resultando em sedação, quedas, confusão mental e coma, especialmente em idosos.
- **Riscos de efeitos adversos graves com analgésicos e anti-inflamatórios:** gastrite, úlceras, hepatotoxicidade, discrasias sanguíneas (como leucopenia) e reações alérgicas são possíveis, especialmente com uso prolongado ou sem orientação.
- **Tolerância e efeito rebote:** o uso contínuo e indiscriminado pode causar diminuição da eficácia do analgésico e retorno mais intenso da dor, dificultando o controle.

- **Combinação de analgésicos com álcool:** altamente perigosa, pois ambos são depressores do SNC. Sua combinação pode levar a sedação profunda, confusão mental, coma ou morte.

Educação em Saúde

- Incentivar os pacientes a não recorrer à automedicação como solução para dores recorrentes.
- Reforçar a importância de diagnóstico clínico e tratamento individualizado, especialmente em casos de dor crônica ou refratária.
- Estimular hábitos saudáveis de vida, como prática regular de atividade física, alimentação equilibrada e controle de fatores emocionais, que também influenciam o limiar da dor.
- Orientar sobre o papel do farmacêutico como profissional acessível para esclarecimentos, reforçando o vínculo com a comunidade.

Bibliografia Consultada

- Afonso A, Marques G, Gonçalves A, Barroso P, González A, Rodrigues H et al. A terapêutica antitrombótica: atual e em desenvolvimento. Angiol Cir Vasc. 2016;12(3):170-9.
- Anti SMA, Giorgi RDN, Chahade WH. Anti-inflamatórios hormonais: glicocorticoides. Einstein. 2008;6(Suppl. 1):S159-S65.
- Barbosa E, Rosito G. Diferenças dos betabloqueadores no tratamento da hipertensão arterial. Rev Bras Hipertens. 2013;20(2):73-7.
- Barroso WKS, Rodrigues CIS, Bortolotto LA, Mota-Gomes MA, Brandão AA, Feitora AD et al. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020. Arq Bras Cardiol. 2021;116(3):516-658.
- Batlouni M. Anti-inflamatórios não esteroides: efeitos cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Arq Bras Cardiol. 2010;94(4):556-63.
- Batlouni M. Diuréticos. Rev Bras Hipertens. 2009;16(4):211-4.
- Brasil. Conselho Federal de Farmácia. Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. [Internet]. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf [Acesso em: 28 maio 2026].
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Lista de medicamentos de referência. Gov.br, 5 nov. 2020 [Internet]. Disponível em: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/medicamentos/medicamentos-de-referencia/lista-de-medicamentos-de-referencia [Acesso em: 28 maio 2026].
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Bulário Eletrônico [Internet]. Disponível em: https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/ [Acesso em: 28 maio 2026].
- Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 98, de 1º de agosto de 2016. Dispõe sobre critérios e procedimentos para o enquadramento de medicamentos como isentos de prescrição e o reenquadramento como medicamentos sob prescrição, e dá outras providências [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2016/rdc0098_01_08_2016.pdf [Acesso em: 28 maio 2026].
- Brasil. Ministério da Saúde. Formulário Terapêutico Nacional. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.

- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Conjunta SAES/SAPS/SECTICS nº 1, de 22 de agosto de 2024. Aprova o protocolo clínico e as diretrizes terapêuticas da dor crônica. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Diabetes *mellitus* tipo 2. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Dislipidemias. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Fibromialgia. Brasília: Ministério da Saúde; 2022.
- Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Gota. Brasília: Ministério da Saúde; 2021.
- Bulas Med. Bulário digital de medicamentos [Internet]. Disponível em: https://www.bulas.med.br/ [Acesso em: 26 maio 2026].
- By the 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. J Am Geriatr Soc. 2023;71(7):2052-81.
- Calfee RP, Patel A, DaSilva MF, Akelman E. Management of lateral epicondyliti: current concepts. J Am Acad Orthop Surg. 2008;16(1):19-29.
- Charles AC, Digre KB, Goadsby PJ, Robbins MS, Hershey A; American Headache Society. Calcitonin gene-related peptide-targeting therapies are a first-line option for the prevention of migraine: An American Headache Society position statement update. Headache. 2024;64(4)333-341.
- Coombes BK, Bisset L, Vicenzino B. Management of Lateral Elbow Tendinopathy: One Size does not Fit All. J Orthop Sports Phys Ther. 2015;45(11):938-49.
- Ferries-Rowe E, Corey E, Archer JS. Primary Dysmenorrhea: Diagnosis and Therapy. Obstet Gynecol. 2020;136(5):1047-58.
- Finkel R, Pray WS. Guia de dispensação de produtos terapêuticos que não exigem prescrição. Porto Alegre: Artmed; 2007.
- Galato D, Silva WB, Melo AC, Frade JCQP, Reis CS, Ferreira R et al. Prescrição farmacêutica no manejo de problemas de saúde autolimitados. 2. ed. Brasília: Conselho Federal de Medicina; 2016.
- Goodman LS, Gilman A. As bases farmacológicas da terapêutica. 13. ed. Porto Alegre: AMGH; 2023.
- Kirsch E, Rahman S, Kerolus K, Hasan R, Kowalska DB, Desai A et al. Dysmenorrhea, a Narrative Review of Therapeutic Options. J Pain Res. 2024;17:2657-66.
- Krogh TP, Fredberg U, Stengaard-Pedersen K. Current concepts in the management of lateral epicondylitis. Lancet Rheumatol. 2023.
- Martins MA. Farmacologia básica e clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2021.
- Mazzolai L, Teixido-Tura G, Lanzi S, Boc V, Bossone E, Brodmann M, Bura-Rivière A, De Backer J, Deglise S, Della Corte A, Heiss C, Kałużna-Oleksy M, Kurpas D, McEniery CM, Mirault T, Pasquet AA, Pitcher A, Schaubroeck HAI, Schlager O, Sirnes PA, Sprynger MG, Stabile E, Steinbach F, Thielmann M, van Kimmenade RRJ, Venermo M, Rodriguez-Palomares JF; ESC Scientific Document Group. 2024 ESC Guidelines for the management of peripheral arterial and aortic diseases. Eur Heart J. 2024;45(36):3538-700.
- National Kidney Foundation. KDOQI Clinical Practice Guidelines on Hypertension and Antihypertensive Agents in Chronic Kidney Disease. New York: NKF; 2004.
- Moisset X. Neuropathic pain: Evidence-based recommendations. Presse Med. 2024;53(2):104232.
- Nguyen AT, Curtis KM, Tepper NK, Kortsmit K, Brittain AW et al. U.S. Medical Elegibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. MMWR Recomm Rep. 2024;73(4):1-126.
- Pivello VL. 100 casos clínicos comentados: orientação e prescrição farmacêutica. São Paulo: Farmacêutica; 2019.
- Qaseem A, McLean RM, O'Gurek D, Batur P, Lin K, Kansagara DL; Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians; Commission on Health of the Public and Science of the American Academy of Family Physicians; Cooney TG, Forciea MA, Crandall CJ, Fitterman N, Hicks LA, Horwitch C, Maroto M, McLean RM, Mustafa RA, Tufte J, Vijan S, Williams JW Jr. Nonpharmacologic and Pharmacologic

Management of Acute Pain From Non-Low Back, Musculoskeletal Injuries in Adults: A Clinical Guideline From the American College of Physicians and American Academy of Family Physicians. Ann Intern Med. 2020;173(9):739-48.

- Sabater Hernández D, Silva Castro MM, Faus Dáder MJ. Método Dáder: guia de seguimento farmacoterapêutico. 3ª ed. Granada: Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica; 2007.
- São Paulo. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Organização Pan-Americana de Saúde. Fascículo II – Medicamentos Isentos de Prescrição [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010. Disponível em: https://www.crfsp.org.br/documentos/materiaistecnicos/fasciculo_2.pdf [Acesso em: 26 maio 2026].
- Silberstein SD. Migraine pathophysiology and its clinical implications. Cephalalgia. 2004;24(Suppl 2):2-7.
- Silva IST, Costa ALML, Moreira IS, Machado JCB, Kamel MFA, Tavares ATT et al. Segurança do uso de contraceptivos orais combinados em pacientes com enxaqueca: revisão narrativa. REAS/EJCH. 2020;12(9):1-7.
- Silva RL Filho, Albuquerque L, Cavalcanti S, Tambascia M. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes – Edição 2023. Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2 [Internet]. Diretriz SBD. Disponível em: https://diretriz.diabetes.org.br/ [Acesso em: 28 maio 2026].
- World Health Organization. WHO Guideline for Non-Surgical Management of Chronic Primary Low Back Pain in Primary and Community Care Settings. Geneva: WHO; 2023.
- World Health Organization. Promoting Rational Use of Medicines: Core Components. Geneva: WHO; 2022.
- Zulchner MA, Senfft ICN, Barros MCSP, Vieira JM, Milhomens ALM, Porto CLL et al. Tratamento clínico da doença arterial periférica aterosclerótica de membros inferiores. Rev Angiol Cir Vasc. 2024;23:e20230059.