

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename

Brasília – DF

2008

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename

Série B. Textos Básicos de Saúde

Brasília – DF
2008

© 2008 Ministério da Saúde.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde:

<http://www.saude.gov.br/bvs>

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página:

<http://www.saude.gov.br/editora>

Série B. Textos Básicos de Saúde

Tiragem: 6ª edição - 2008 – 50.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos

Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos

Esplanada dos Ministérios – Edifício sede – Bloco G - 8º Andar – Sala 839

CEP: 70058-900, Brasília – DF

Tel: (61) 3315-2409

E-mail: daf@saude.gov.br

Coordenação e execução

Dra. Luciane Cruz Lopes

Revisão técnica do texto:

Dra. Luciane Cruz Lopes

Dr. José Gilberto Pereira

Dr. Rogério Hoefler

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos.

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

???:II. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

ISBN

1. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). 2. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. 3. Política Nacional de Assistência Farmacêutica. I. Título. II. Série.

NLM QV 704

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2008/0516

Títulos para indexação:

Em inglês: National Relation of Essential Medicines

Em espanhol: Listado Nacional de Medicamentos Esenciales

Editora MS

Documentação e Informação

SIA Trecho 4, lotes 540/610

CEP: 71200-040, Brasília – DF

Tels: (61) 3233 -1774/ 2020

Fax: (61) 3233 – 9558

E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:

Normalização:

Revisão:

Capa e projeto gráfico:

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que apresento a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME 2008, ao tempo em que registro sua função estratégica para o Sistema Único de Saúde, e em especial, para a Política de Assistência Farmacêutica.

Na direção dos preceitos defendidos pela OMS/OPAS e em estreita consonância com as práticas do Uso Racional de Medicamentos, o Brasil tem conseguido revisar e atualizar sistematicamente a sua RENAME. É um esforço técnico, científico e de gestão, o qual contribui para a permanente qualificação do cuidado em saúde e deve elevar a confiança da sociedade no Sistema Único de Saúde.

A RENAME deve ser o instrumento mestre para as ações de planejamento, seleção de medicamentos e de organização da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Aos gestores estaduais e municipais, deve subsidiar a elaboração e pactuação de suas Relações de Medicamentos. Às equipes de saúde, em especial aos prescritores, a RENAME, juntamente com o Formulário Terapêutico Nacional, pode ser um importante auxílio na escolha da melhor terapêutica. À população e usuários do SUS, a RENAME expressa um compromisso com a disponibilização de medicamentos selecionados nos preceitos técnico-científicos e de acordo com as prioridades de saúde de nossa população.

José Gomes Temporão

Ministro de Estado da Saúde

**COMISSÃO TÉCNICA E MULTIDISCIPLINAR DE ATUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO
NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - COMARE**

INSTITUIÇÃO	REPRESENTAÇÃO
Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos/SCTIE/MS	Dr. Dirceu Brás Aparecido Barbano Dra. Odete Carmen Gialdi Dra. Luciane Cruz Lopes Dr. Herbênio Elias Pereira
Departamento de Ciência e Tecnologia/SCTIE/MS	Dr. Marcus Tolentino Silva
Departamento de Economia da Saúde/SCTIE/MS	Dr. André Luiz de Abreu Porto
Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS	Dra. Fabíola Sulpino Vieira
Secretaria de Atenção a Saúde/MS	Dra. Samantha Pereira França
Secretaria de Vigilância em Saúde/MS	Dr. Eduardo Regis Filizzola
Instituto Nacional de Câncer	Dr. Gustavo Henrique Advíncula e Silva
Agência Nacional de Vigilância Sanitária	Dra. Mônica da Luz Carvalho Soares
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz)	Dra. Claudia Garcia Serpa Osório de Castro Dra. Vera Lúcia Edais Pepe
Universidade Federal do Rio de Janeiro	Dra. Márcia Maria Barros dos Passos
Universidade de São Paulo	Dr. Humberto Gomes Ferraz
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Dra. Isabela Heineck
Universidade Federal de Santa Catarina	Dra. Miriam de Barcellos Falkenberg

Universidade Federal de Minas Gerais	Dra. Sheila Silva Monteiro Lodder Lisboa
Universidade de Brasília	Dra. Patrícia Medeiros de Souza
Universidade Federal de São Paulo	Dra. Sueli Miyuki Yamauti
Universidade Federal de Pernambuco	Dr. Almir Gonçalves Wanderley
Conselho Federal de Farmácia	Dr. Rogério Hoefler Dra. Emília Vitória da Silva
Associação Médica Brasileira	Dr. Paulo Eduardo Mangeon Elias
Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos	Dr. José Ruben de Alcântara Bonfim
Sociedade Brasileira de Medicina Tropical	Dra. Celeste Aída Nogueira Silveira Dra. Maria Aparecida Shikanai Yasuda
Conselho Nacional dos Secretários Municipais e Saúde – CONASEMS	Dra. Dirce Cruz Marques
Conselho Nacional dos Secretários de Saúde – CONASS	Dra. Lore Lamb
Centro de Informação sobre Medicamentos – CESUMAR – Maringá - PR	Dr. José Gilberto Pereira

Colaboradores - Consultores *Ad hoc*

Dra. Maria Rita Carvalho Garbi Novaes

Dra. Mitiko Murao

Dra. Lara Sissy de Melo

Dr. Ronaldo César Borges Gryscek

Dr. Valdir Sabbaga Amato

Dra. Celina Watisaka Maruta

Dra. Tânia Chaves

Bibliotecária – Maria Irani Coito

RENAME: PAPEL RACIONALIZADOR NA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Estabelecer políticas focadas no conceito de medicamento essencial proporciona racionalidade não só na gestão da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde (SUS), mas também na identificação de necessidades nos diversos níveis do sistema de atenção à saúde. Trabalhar com listas de medicamentos essenciais, selecionados periodicamente e com base em critérios definidos, faz parte das doze recomendações que melhoram o uso de medicamentos em países em desenvolvimento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define medicamentos essenciais como aqueles que *satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade* (WHO, 2002).

Com a atualização periódica, a Rename se estabelece como instrumento facilitador do uso racional de medicamentos e da organização da assistência farmacêutica, concebida como parte integrante da Política Nacional de Saúde, e envolvendo um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esta revisão foi conduzida pela Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare), instituída pela Portaria GM nº 1.254 de 29/07/05, **Anexo A**, que constituiu e delegou a coordenação das atividades ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF), da Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos. A Comare tem por finalidade realizar avaliação sistemática da relação dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos constantes na Rename indicando as alterações necessárias, com o propósito de selecionar aqueles mais adequados para atender as necessidades prioritárias de assistência à saúde da maioria da população.

Neste processo de revisão participaram 24 membros representando nove universidades brasileiras (UFMG, UFSC, UFRGS, UNB, USP, UFRJ, UFPE, Unifesp, Cesumar) quatro entidades de classe e científicas (CFF, AMB, SBMT, Sobravime), duas instâncias gestoras do SUS (Conass e Conasems) e nove representantes do Ministério da Saúde (DAF/SCTIE, DECIT/SCTIE, DES/SCTIE, AESD/SE, SVS, SAS, INCA, ENSP/Fiocruz, Anvisa).

O novo Regimento Interno da Comare, aprovado pela Portaria SCTIE Nº 1, de 22 de janeiro de 2008, **Anexo B**, avançou em temas relacionados à composição e competência dos membros da Comare, às funções da Secretaria Executiva, à formação de um grupo técnico assessor de trabalho (GTAT), além de delinear o fluxo e recebimento de pedidos de solicitação e revisão da Rename, o fluxograma de elaboração de parecer para solicitações externas, o fluxograma de parecer para revisão pelos membros, e um Guia de Análise das solicitações de

atualização.

Vale ressaltar que o tópico exaustivamente refletido e estudado pelos membros foi o novo *Termo de Declaração de Interesses* (TDI). A elaboração do TDI, contido no Regimento Interno, baseou-se naquele utilizado em agências européias, particularmente desenvolvido pelo governo Francês para análise de medicamentos a serem incorporados em listas de fomentos financiadas pelo Estado. Este termo, modificado às necessidades desta comissão delimita o tipo de vínculo que o membro da Comare possa ter com um trabalho financiado por empresa privada e ainda estabelece os critérios de distinção de formas de conflitos de interesses. Além disso, o membro da Comare, ao iniciar cada reunião deve declarar inexistência de conflito para as votações que serão realizadas naquele encontro conforme pauta enviada com antecedência.

Outro destaque a ser considerado foi o desenvolvimento de um *Guia de Análise* das solicitações de atualização, contido também no Regimento Interno. O objetivo deste Guia foi criar um método de análise padronizado ao consultor e ao revisor quando da elaboração dos pareceres que subsidiam as avaliações de inclusão, exclusão ou alteração dos medicamentos na Rename. Este Guia foi testado e aprovado pela Comare, norteando as decisões que foram tomadas nesta nova versão da Rename.

Foi elaborado um *fluxograma das atividades* desta Comissão, definindo-se procedimentos operacionais para os pareceres técnicos em resposta às solicitações externas e para as análises sistemáticas dos grupos farmacológicos que compõem a lista. Foram também estabelecidos prazos entre o recebimento das solicitações de alterações e as respectivas respostas aos solicitantes.

Da mesma forma a revisão da Rename se baseou fundamentalmente no conceito de medicamento essencial, na 15ª Lista Modelo de Medicamentos Essenciais da OMS (2007), no paradigma da medicina baseada em evidências que utiliza preferentemente estudos de nível I (ensaios clínicos randomizados, revisões sistemáticas e metanálises), com adequado desenho e poder metodológicos, com avaliação de desfechos primordiais, com relevância clínica e aplicabilidade às condições nacionais. Além disso, também se considerou aqueles com menores riscos, de menor custo, que atendem quadros epidemiológicos do país e as prioridades em saúde pública, respeitando, quando possível, as indicações dos Programas do Ministério da Saúde.

Nesta edição da Rename, foi dada atenção especial à revisão dos medicamentos que atuam no sistema nervoso central, no sistema cardiovascular, no sangue, bem como dos agentes empregados em nutrição parenteral, substâncias minerais e vitaminas. O item 10 – Agentes empregados em Nutrição Parenteral - foi detalhado no **Apêndice 1**, estabelecendo-se intervalos de concentração dos diversos nutrientes para uso adulto e pediátrico. Além disso, incluiu-se a categoria

dos medicamentos utilizados no tratamento/prevenção da osteoporose, item 19.

Mantendo a proposta de subsidiar gestores e prescritores, foram disponibilizados os pareceres de inclusão, exclusão, alterações relacionadas a indicação terapêutica e restrições de uso e alterações relacionadas a dose, concentração e forma farmacêuticas, disponíveis no **Anexo C**. Salienta-se a disponibilização dos pareceres que subsidiaram discussões mas não resultaram em alteração na lista, (**Anexo D**). Tabelas contendo os medicamentos excluídos, incluídos e as alterações de formas farmacêuticas, dose e concentrações, comparadas à Rename 2006, constam do **Apêndice 2**. Nesta versão se excluiu 01 fármaco; incluiu-se 13, totalizando 342 fármacos, 08 correlatos e 33 imunoterápicos, em 552 apresentações.

Novamente a Comare revisou as terminologias empregadas para os fármacos, conforme as Denominações Comuns Brasileiras (DCB), bem como os valores de Dose Diária Definida (DDD) e a Classificação Anatômico-Terapêutica Química (ATC); e algumas adequações na versão 2006 foram feitas.

Ressalta-se que as formas farmacêuticas foram inteiramente revistas e cotejadas com a disponibilidade do mercado. Além disso, sua terminologia foi novamente fixada, conforme tabela contida no **Anexo E**. As convenções adotadas para as condições de uso, se restrito ou hospitalar, estão descritas no **Apêndice 3**.

Manteve-se a classificação dos medicamentos por indicação clínica, em **três** seções: i) SEÇÃO A. MEDICAMENTOS USADOS EM MANIFESTAÇÕES GERAIS DE DOENÇAS, contendo **doze** categorias farmacológicas; ii) SEÇÃO B. MEDICAMENTOS USADOS EM DOENÇAS DE ÓRGÃOS E SISTEMAS ORGÂNICOS, contendo **nove** categorias e; iii) SEÇÃO C. OUTROS MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE, contendo **cinco** categorias.

Todas as solicitações encaminhadas, bem como o resultado das análises foram respondidas aos respectivos solicitantes.

A Comare fez 14 reuniões durante o período de novembro de 2006 a agosto de 2008, com 224 horas de atividades presenciais. Muitas propostas originadas nas análises dos grupos farmacológicos geraram pareceres que foram avaliados pelos membros da Comare em reuniões plenárias. Desta vez, conforme a especificidade do tema, as discussões tiveram participação de sete consultores *Ad hoc*, que preencheram termo de declaração de interesses e cujos nomes foram indicados e aprovados pela Comissão.

Entendendo que a permanente avaliação do elenco de medicamentos essenciais faz da Rename um instrumento atualizado para a gestão e o uso racional de medicamentos os trabalhos da Comare não terminam nesta versão.

Espera-se que a Rename seja amplamente disseminada, abrangendo todos os níveis da gestão pública de saúde, o maior número possível de prescritores, gestores, serviços de saúde e organismos profissionais, sobretudo aqueles formadores de opinião, além da academia.

Importante é haver ações que harmonizem a Rename às listas estaduais, municipais, hospitalares, guias e protocolos clínicos. A adesão dos profissionais a prescrever tais medicamentos é fundamental para que se estabeleça a implementação da lista, facilitando a gestão da Assistência Farmacêutica. O desafio que se propõe é a apropriação das decisões baseadas em evidências clínicas, considerando os recursos disponíveis e as necessidades da população, como critério fundamental utilizado na seleção destes medicamentos que deve ser entendido por todos os profissionais que lidam com a saúde no Brasil.

**Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos
Essenciais - COMARE**

MEDICAMENTOS POR GRUPO FARMACOLÓGICO

SEÇÃO A. MEDICAMENTOS USADOS EM MANIFESTAÇÕES GERAIS DE DOENÇAS

1 ANESTÉSICOS E ADJUVANTES

1.1 ANESTÉSICOS GERAIS

1.1.1 Agentes de inalação e oxigênio

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
halotano	líquido volátil	H
isoflurano	líquido volátil	H, R ¹
óxido nítrico	gás inalante	H
oxigênio	gás inalante	H

R¹ - Uso restrito em cirurgias cardíacas e neurológicas.

1.1.2 Agentes intravenosos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de cetamina	solução injetável 57,67 mg/mL (equivalente a 50 mg cetamina/mL)	H, R ²
propofol	emulsão injetável 10 mg/mL	H, R ³
tiopental sódico	pó para solução injetável 1g	H

R² - Fármaco sujeito a controle especial; Lista C1 (Portaria SVS 344/98).

R³ - Uso restrito para procedimentos de curta duração.

1.1.3 Medicamentos adjuvantes da anestesia geral e usados em procedimentos anestésicos de curta duração

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citrato de fentanila	solução injetável 78,5 µg/mL (equivalente a 0,05 mg fentanila/mL)	H, R ⁴
cloridrato de midazolam <i>midazolam</i>	solução injetável 1 mg/mL solução oral 2 mg/mL	H, R ⁵ H, R ⁵
diazepam	solução injetável 5 mg/mL comprimido 5 mg	H, R ⁵ R ⁵
sulfato de atropina	solução injetável 0,25 mg/mL	H
sulfato de morfina	solução injetável 1 mg/mL solução injetável 10 mg/mL	H, R ⁴ H, R ⁴

R⁴ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista A1 (Portaria SVS 344/98).

R⁵ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista B1 (Portaria SVS 344/98).

1.2 ANESTÉSICOS LOCAIS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de bupivacaína	solução injetável 0,25 % e 0,5 %	H
cloridrato de bupivacaína + glicose	solução injetável 0,5 % + 8 %	H
cloridrato de lidocaína	solução injetável 1 % e 2 % gel 2% aerossol 100 mg/mL	
cloridrato de lidocaína + glicose	solução injetável 5 % + 7,5 %	H
cloridrato de lidocaína + hemitartrato de epinefrina	solução injetável 1 % + 1:200.000 solução injetável 2 % + 1:200.000 solução injetável 2 % + 1: 80.000 (uso odontológico)	
cloridrato de prilocaína + felipressina	solução injetável 3% + 0,03 UI/mL (uso odontológico)	R ⁶

R⁶ – Uso restrito para pacientes que não podem utilizar cloridrato de lidocaína + hemitartrato de epinefrina.

1.3 BLOQUEADORES NEUROMUSCULARES PERIFÉRICOS E ANTICOLINESTERÁSICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
besilato de atracúrio	solução injetável 10 mg/mL	H
brometo de pancurônio	solução injetável 2 mg/mL	H
brometo de piridostigmina	comprimido 60 mg	
cloreto de suxametônio	pó para solução injetável 500 mg	H
metilsulfato de neostigmina	solução injetável 0,5 mg/mL	H

2 ANALGÉSICOS, ANTIPIRÉTICOS E MEDICAMENTOS PARA O ALÍVIO DA ENXAQUECA

2.1 ANALGÉSICOS E ANTIPIRÉTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido acetilsalicílico	comprimido 500 mg	
dipirona sódica	solução oral 500 mg/mL solução injetável 500 mg/mL	H
ibuprofeno	comprimido 200 mg suspensão oral 20 mg/mL	
paracetamol	comprimido 500 mg solução oral 200 mg/mL	

2.2 ANALGÉSICOS OPIÓIDES E ANTAGONISTAS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citrato de fentanila	solução injetável 78,5 µg/mL (equivalente a 50 µg fentanila/mL)	H, R ⁴
cloridrato de naloxona	solução injetável 0,4 mg/mL	H, R ²
fosfato de codeína	comprimido 30 mg	R ⁷
sulfato de morfina	solução injetável 1 mg/mL solução injetável 10 mg/mL solução oral 10 mg/mL cápsula de liberação prolongada 60 mg comprimido 30 mg	H, R ⁴ H, R ⁴ R ⁴ R ⁴ R ⁴

R⁷ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista A2 (Portaria SVS 344/98).

2.3 MEDICAMENTOS PARA ALÍVIO DA ENXAQUECA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido acetilsalicílico	comprimido 500 mg	
paracetamol	comprimido 500 mg solução oral 200 mg/mL	
cloridrato de amitriptilina	comprimido 25 mg	R ²
cloridrato de propranolol	comprimido 10 mg e 40 mg	

3 ANTIINFLAMATÓRIOS E MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA GOTA

3.1 ANTIINFLAMATÓRIOS NÃO-ESTERÓIDES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido acetilsalicílico	comprimido 500 mg	
ibuprofeno	comprimido 200 mg e 600 mg suspensão oral 20 mg/mL	

3.2 ANTIINFLAMATÓRIOS ESTERÓIDES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	suspensão injetável (3 mg + 3 mg)/mL	H, R ⁸
dipropionato de beclometasona	pó, solução inalante ou aerossol 50, 200 e ou 250 µg/dose	
dexametasona	comprimido 4 mg elixir 0,1 mg/mL creme 0,1% colírio 0,1%	

fosfato dissódico de dexametasona	solução injetável 4 mg/mL	H
acetato de hidrocortisona succinato sódico de hidrocortisona	creme 1% pó para solução injetável 100 mg e 500 mg	H
succinato sódico de metilprednisolona	pó para solução injetável 500 mg	H
fosfato sódico de prednisolona	solução oral 1,34 mg/mL (equivalente a 1 mg prednisolona/mL)	
prednisona	comprimido 5 mg e 20 mg	

R⁸ - Uso restrito a unidades de tratamento intensivo em obstetria.

3.3 MEDICAMENTOS MODIFICADORES DE DOENÇA EM DISTÚRBIOS REUMATÓIDES E ADJUVANTES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
azatioprina	comprimido 50 mg	R ⁹
folinato de cálcio	comprimido 15 mg pó para solução injetável 50 mg	H
sulfato de hidroxiquina	comprimido 400 mg	
metotrexato metotrexato de sódio	comprimido 2,5 mg solução injetável 25 mg/mL	R ⁹ H, R ⁹
sulfasalazina	comprimido 500 mg	

R⁹ - Uso restrito em casos de falha terapêutica com corticosteroide.

3.4 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO DA GOTA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
alopurinol	comprimido 100 mg e 300 mg	
ibuprofeno	comprimido 600 mg	

4 ANTIALÉRGICOS E MEDICAMENTOS USADOS EM ANAFILAXIA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
maleato de dexclorfeniramina	comprimido 2 mg solução oral ou xarope 0,4 mg/mL	
cloridrato de epinefrina ou hemitartrato de epinefrina	solução injetável 1 mg/mL	H
succinato sódico de hidrocortisona	pó para solução injetável 100 mg e 500 mg	H
loratadina	comprimido 10 mg xarope 1 mg/mL	
fosfato sódico de prednisolona	solução oral 1,34 mg/mL (equivalente a 1 mg prednisolona/mL)	
prednisona	comprimido 5 mg e 20 mg	
cloridrato de prometazina	solução injetável 25 mg/mL	

5 ANTIINFECTANTES

5.1 ANTIBACTERIANOS

5.1.1 Penicilinas

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
amoxicilina	cápsula ou comprimido 500 mg pó para suspensão oral 50 mg/mL	
amoxicilina + clavulanato de potássio	comprimido 500 mg + 125 mg suspensão oral 50 mg + 12,5 mg/mL	R ¹⁰
ampicilina sódica	pó para solução injetável 1 g e 500 mg	H
benzilpenicilina benzatina	pó para suspensão injetável 600.000 UI e 1.200.000 UI	
benzilpenicilina potássica	pó para solução 5.000.000 UI	H
benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica	suspensão injetável 300.000 UI + 100.000 UI	
oxacilina sódica	pó para solução injetável 500 mg	H, R ¹¹

R¹⁰ - Uso restrito para combate a infecções causadas por bactérias produtoras de betalactamases.

R¹¹ - Uso restrito para tratamento de infecção hospitalar causada por estafilococos resistentes à benzilpenicilina.

5.1.2 Carbapenêmico

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
imipeném + cilastatina sódica	pó para solução injetável 500 mg + 500 mg	H, R ¹²

R¹² - Uso restrito para infecções com bactérias multi-resistentes adquiridas no hospital.

5.1.3 Cefalosporinas

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cefalexina ou cefalexina monoidratada	cápsula ou comprimido 500 mg suspensão oral 50 mg/mL	
cefalotina sódica	pó para solução injetável 1 g	H, R ¹³
cefazolina sódica	pó para solução injetável 1 g	H, R ¹⁴
cefotaxima sódica	pó para solução injetável 500 mg	H, R ¹⁵
ceftazidima ou ceftazidima pentaidratada	pó para solução injetável 1 g	H, R ¹⁶
ceftriaxona sódica	pó para solução injetável 500 mg e 1 g	H

R¹³ - Uso restrito para tratamento de infecções por microrganismos susceptíveis a cefalosporinas de 1ª geração e para preservar o uso de cefazolina para quimioprofilaxia cirúrgica.

R¹⁴ - Uso restrito para profilaxia de infecção pós-cirúrgica.

R¹⁵ - Uso restrito para tratamento de infecções causadas por bactérias multi-resistentes em neonatos.

R¹⁶ - Uso restrito para infecções por Pseudomonas.

5.1.4 Aminoglicosídeos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de amicacina	solução injetável 50 mg/mL solução injetável 250 mg/mL	H H, R ¹⁷

sulfato de gentamicina	solução injetável 10 mg/mL e 40 mg/mL	H
------------------------	---------------------------------------	---

R¹⁷ - Uso restrito para infecções por germes resistentes à gentamicina.

5.1.5 Sulfonamídeos e anti-sépticos urinários

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
nitrofurantoína	cápsula 100 mg suspensão oral 5 mg/mL	
sulfadiazina	comprimido 500 mg	
sulfametoxazol + trimetoprima	comprimido 400 mg + 80 mg suspensão oral (40 mg + 8 mg)/mL solução injetável (80 mg + 16 mg)/mL	H

5.1.6 Macrolídeos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
azitromicina	comprimido 500 mg pó para suspensão oral 40 mg/mL	R ¹⁸ R ¹⁸
claritromicina	cápsula ou comprimido 250 mg	R ¹⁹
estearato de eritromicina	cápsula ou comprimido 500 mg suspensão oral 50 mg/mL	

R¹⁸ - Uso preferencial para o tratamento de tracoma, DST e profilaxia para endocardite em pacientes alérgicos a penicilina ou em criança em substituição a clindamicina.

R¹⁹ - Uso preferencial em tratamento de micobacterioses atípicas e erradicação de *H. pylori* para evitar resistência microbiana ao mesmo.

5.1.7 Fluorquinolonas

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de ciprofloxacino	comprimido 500 mg solução injetável 2 mg/mL	H

5.1.8 Glicopeptídios

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de vancomicina	pó para solução injetável 500 mg	H, R ²⁰

R²⁰ - Uso restrito para infecções causadas por *Staphylococcus aureus* e *Staphylococcus epidermidis*, resistentes a metilina e por enterococo resistente.

5.1.9 Lincosamidas

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de clindamicina fosfato de clindamicina	cápsula 150 mg e 300 mg solução injetável 150 mg/mL	H

5.1.10 Tetraciclina

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de doxiciclina	comprimido 100 mg	
cloridrato de minociclina	comprimido 100 mg	R ²¹
cloridrato de tetraciclina*	pomada oftálmica 1%	

R²¹ - Uso restrito para tratamento de hanseníase.

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

5.1.11 Anfenicóis

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
----------------------	--------------	-----------------

cloranfenicol	cápsula ou comprimido 250 mg	
succinato sódico de cloranfenicol	suspensão oral 25 mg/mL pó para solução injetável 1 g	H

5.1.12 Imidazólicos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
benzoilmetronidazol	suspensão oral 40 mg/mL	
metronidazol	comprimido 250 mg e 400 mg gel vaginal 10% solução injetável 500 mg	H

5.2 MEDICAMENTOS USADOS EM ENDEMIAS FOCAIS

5.2.1 Medicamentos usados no tratamento do tracoma

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
azitromicina	comprimido 500 mg pó para suspensão oral 40 mg/mL	
cloridrato de doxiciclina	comprimido 100 mg	
cloridrato de tetraciclina*	pomada oftálmica 1%	

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

5.2.2 Medicamentos para tratamento da tuberculose

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de estreptomicina	pó para solução injetável 1 g	
cloridrato de etambutol	comprimido 400 mg suspensão oral 25 mg/mL	R ²²
etionamida	comprimido 250 mg	R ²²
isoniazida	comprimido 100 mg	R ²²
isoniazida + rifampicina	cápsula 100 mg + 150 mg cápsula 200 mg + 300 mg	R ²²
pirazinamida	comprimido 500 mg solução oral 30 mg/mL	R ²²
rifampicina	cápsula 300 mg suspensão oral 20 mg/mL	

R²² - Uso restrito para tratamento de micobacterioses.

5.2.3 Medicamentos para tratamento da hanseníase

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
clofazimina*	cápsula 50 mg e 100 mg	
dapsona*	comprimido 50 mg e 100 mg	
cloridrato de minociclina	comprimido 100 mg	
ofloxacino	comprimido 400 mg	
rifampicina	cápsula 300 mg suspensão oral 20 mg/mL	

*Ideal seria a produção destes medicamentos nestas apresentações.

5.3 ANTIFÚNGICOS

5.3.1 Sistêmicos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
anfotericina B	pó para preparação injetável 50 mg em desoxicolato de sódio	H
fluconazol	cápsula 100 mg e 150 mg solução injetável 2 mg/mL pó para suspensão oral 10 mg/mL	H
itraconazol	cápsula 100 mg solução oral 10 mg/mL*	R ²³

R²³ - Uso restrito para tratamento de paracoccidioidomicose e histoplasmose.

*Ideal seria a produção deste medicamento também nesta apresentação.

5.3.2 Tópicos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cetoconazol	xampu 2 %	
nitrato de miconazol	creme 2 % creme vaginal 2 % loção 2% gel oral 2% pó 2%	
nistatina	suspensão oral 100.000 UI/mL	

5.4 MEDICAMENTOS USADOS EM PNEUMOCISTOSE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de clindamicina	cápsula 300 mg	
isetionato de pentamidina	pó para solução injetável 300 mg	H
difosfato de primaquina	comprimido 5 mg e 15 mg	
sulfametoxazol + trimetoprima	comprimido 400 mg + 80 mg suspensão oral (40 mg + 8 mg)/mL solução injetável (80 mg +16 mg)/mL	H

5.5 ANTIVIRAIS

5.5.1 Inibidores da polimerase viral

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
aciclovir	comprimido 200 mg	
aciclovir sódico	pó para solução injetável 250 mg	H
ganciclovir sódico	pó para solução injetável 546 mg (equivalente a 500 mg ganciclovir)	H, R ²⁴

R²⁴ - Uso restrito para tratamento de infecções causadas por citomegalovírus.

5.5.2 Anti-retrovirais

5.5.2.1 Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeo

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
----------------------	--------------	-----------------

sulfato de abacavir	comprimido 300 mg solução oral 20 mg/mL	R ²⁵ R ²⁵
didanosina	comprimido 25 mg e 100 mg cápsula 250 mg e 400 mg pó para solução oral 4 g	R ²⁵ R ²⁵ R ²⁵
lamivudina	comprimido 150 mg solução oral 10 mg/mL	R ²⁵ R ²⁵
zidovudina	cápsula 100 mg solução oral 10 mg/mL solução injetável 10 mg/mL	R ²⁵ R ²⁵ R ²⁵
zidovudina + lamivudina	comprimido 300 mg + 150 mg	R ²⁵

R²⁵ - Uso restrito sob prescrição em formulário próprio e dispensação no Programa DST/AIDS do Ministério da Saúde.

5.5.2.2 Inibidores de transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeo

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
efavirenz	comprimido 600 mg solução oral 30 mg/mL	R ²⁵ R ²⁵
nevirapina	comprimido 200 mg suspensão oral 10 mg/mL*	R ²⁵ R ²⁵

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

5.5.2.3 Inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleotídeo

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
fumarato de tenofovir desoproxila	comprimido 300 mg	R ²⁵

5.5.2.4 Inibidores de protease

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de atazanavir	cápsula 150 mg e 200 mg	R ²⁵
lopinavir + ritonavir	comprimido (200 mg + 50 mg) solução oral (80 mg + 20 mg)/ mL	R ²⁵ R ²⁵
ritonavir	cápsula 100 mg solução oral 80 mg/mL	R ²⁵ R ²⁵
saquinavir	cápsula 200 mg	R ²⁵

5.6 ANTIPARASITÁRIOS

5.6.1 Anti-Helmínticos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
albendazol	comprimido mastigável 400 mg suspensão oral 40 mg/mL	
citrato de dietilcarbamazina*	comprimido 50 mg	R ²⁶
ivermectina	comprimido 6 mg	
mebendazol	comprimido 100 mg suspensão oral 20 mg/mL	
oxamniquina	suspensão oral 50 mg/mL	
praziquantel	comprimido 150 mg e 600 mg*	
tiabendazol	comprimido 500 mg suspensão oral 50 mg/mL	

R²⁶ - Uso restrito para tratamento de filaríase linfática.

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

5.6.1.1 Medicamentos contra filariase

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citrato de dietilcarbamazina*	comprimido 50 mg	R ²⁶
ivermectina	comprimido 6 mg	

R²⁶ - Uso restrito para tratamento de filariase linfática.

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

5.6.2 Antiprotozoários

5.6.2.1 . Amebicida, giardicida e tricomonicida

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
benzoilmetronidazol	suspensão oral 40 mg/mL	
metronidazol	comprimido 250 mg e 400 mg gel vaginal 10%	

5.6.2.2 Antimaláricos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
arteméter*	solução injetável 80 mg/mL	R ²⁷
artesunato de sódio	comprimido 50 mg e 200 mg pó para solução injetável 60 mg*	R ²⁷ R ²⁷
cloridrato de clindamicina fosfato de clindamicina	cápsula 150 mg solução injetável 150 mg/mL	
difosfato de cloroquina	comprimido 250 mg (equivalente a 150 mg cloroquina) comprimido 83,2 mg (equivalente a 50 mg cloroquina)	
dicloridrato de cloroquina	solução injetável 50 mg/mL	
cloridrato de doxiciclina	comprimido 100 mg	
cloridrato de mefloquina	comprimido 250 mg	R ²⁷
difosfato de primaquina	comprimido 5 mg e 15 mg	
dicloridrato de quinina sulfato de quinina	solução injetável 300 mg/mL comprimido 500 mg	R ²⁷

R²⁷ - Uso restrito para prescrição e uso em áreas terapêuticas especializadas e programas específicos do Ministério da Saúde.

*Ideal seria a produção destes medicamentos nestas apresentações.

5.6.2.3 Medicamentos contra toxoplasmose e adjuvantes

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
folinato de cálcio	comprimido 15 mg pó para solução injetável 50 mg solução injetável 3 mg/mL	
cloridrato de clindamicina fosfato de clindamicina	cápsula 150 mg solução injetável 150 mg/mL	H
espiramicina	comprimido 500 mg	R ²⁸
pirimetamina	comprimido 25 mg	
sulfadiazina	comprimido 500 mg	

R²⁸ - Uso restrito para tratamento de toxoplasmose no primeiro trimestre da gestação por prevenir a transmissão ao feto.

5.6.2.4 Medicamentos contra tripanossomíase

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
benznidazol	comprimido 100 mg	

5.6.2.5 Medicamentos contra leishmaníase

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
anfotericina B	pó para preparação injetável 50 mg em desoxicolato de sódio	H
antimoniato de meglumina	solução injetável 300 mg/mL (81 mg Sb ⁵⁺ /mL)	H
isetionato de pentamidina	pó para solução injetável 300 mg	H

5.7 ANTI-SÉPTICOS, DESINFETANTES E ESTERILIZANTES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
álcool etílico	solução 70 % (m/V)	
gliconato de clorexidina	solução degermante 2% a 4 % solução bucal 0,12% (uso odontológico)	
glutaral	solução 2 %	
hipoclorito de sódio	solução 10 mg cloro/mL	
iodopovidona	solução alcoólica 10 % (1% iodo ativo) solução aquosa 10 % (1% iodo ativo) solução degermante 10 % (1% iodo ativo)	
permanganato de potássio	pó ou comprimido 100 mg	

6 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO MANEJO DAS NEOPLASIAS

6.1 ANTINEOPLÁSICOS

6.1.1 Alquilantes

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ciclofosfamida	pó para solução injetável 1 g comprimido 50 mg	H, R ²⁷
clorambucila	comprimido 2 mg	R ²⁷
dacarbazina	pó para solução injetável 200 mg	H, R ²⁷
ifosfamida	pó para solução injetável 1 g	H, R ²⁷
melfalana	comprimido 2 mg	R ²⁷

6.1.2 Antimetabólitos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citarabina	pó para solução injetável 100 mg, 500 mg e 1 g	H, R ²⁷
cladribina	solução injetável 1 mg/mL	H, R ²⁷
fluoruracila	creme 50 mg/g solução injetável 25 mg/mL	R ²⁷ H, R ²⁷
mercaptopurina	comprimido 50 mg	R ²⁷
metotrexato	comprimido 2,5 mg	R ²⁷

metotrexato de sódio	solução injetável 25 mg/mL	H, R ²⁷
tioguanina	comprimido 40 mg	R ²⁷

6.1.3 Alcalóides e outros produtos naturais

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
docetaxel	solução injetável 20 mg e 80 mg	H, R ²⁷
etoposídeo	cápsula 50 mg solução injetável 20 mg/mL	R ²⁷ H, R ²⁷
paclitaxel	solução injetável 6 mg/mL	H, R ²⁷
teniposídeo	solução injetável 10 mg/mL	H, R ²⁷
sulfato de vimblastina	pó para solução injetável 10 mg	H, R ²⁷
sulfato de vincristina	pó para solução injetável 1 mg	H, R ²⁷

6.1.4 Antibióticos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de bleomicina	<i>pó para solução injetável 15 U</i>	H, R ²⁷
dactinomicina	pó para solução injetável 500 µg	H, R ²⁷
cloridrato de daunorrubicina	pó para solução injetável 20 mg	H, R ²⁷
cloridrato de doxorrubicina	pó para solução injetável 10 mg e 50 mg	H, R ²⁷
cloridrato de idarrubicina	pó para solução injetável 10 mg cápsula 5 mg e 25 mg	H, R ²⁷

6.1.5 Compostos de Platina

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
carboplatina	pó para solução injetável 150 mg e 450 mg	H, R ²⁷
cisplatina	solução injetável 1 mg/mL	H, R ²⁷

6.1.6 Outros agentes citotóxicos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
asparaginase	solução injetável 10.000 UI	H, R ²⁷
hidroxiuréia	cápsula 500 mg	R ²⁷

6.2 TERAPIA HORMONAL

6.2.1 Progestógeno

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de megestrol	comprimido 160 mg	R ²⁷

6.2.2 Análogo de hormônios liberadores de gonadotrofina

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de leuprorrelina	pó para suspensão injetável 3,75 mg	R ²⁷

6.2.3 Antiestrógeno

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citrato de tamoxifeno	comprimido 10 mg e 20 mg	R ²⁷

6.2.4 Inibidor enzimático

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
anastrozol	comprimido 1 mg	R ²⁷

6.3 ADJUVANTES DA TERAPÊUTICA ANTINEOPLÁSICA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de ondansetrona	comprimido 4 mg e 8 mg solução injetável 2 mg/mL	R ²⁹ H, R ²⁹
dexametasona	comprimido 4 mg elixir 0,1 mg/mL	
fosfato dissódico de dexametasona	solução injetável 4 mg/mL	H
filgrastim	solução injetável 300 µg/mL	H, R ³⁰
folinato de cálcio	comprimido 15 mg pó para solução injetável 50 mg solução injetável 3 mg/mL	R ³¹ H H
mesna	solução injetável 100 mg/mL comprimido 400 mg e 600 mg	H, R ³² R ³²
pamidronato dissódico	pó para solução injetável 60 mg e 90 mg	H, R ³³
fosfato sódico de prednisolona	solução oral 1,34 mg/mL (equivalente a 1 mg prednisolona/mL)	
prednisona	comprimido 5 mg e 20 mg	

R²⁹ - Uso restrito para êmese induzida por fármaco citotóxico.

R³⁰ - Uso restrito em casos de neutropenia grave induzida por fármacos citotóxicos.

R³¹ - Uso restrito para pacientes em tratamento com metotrexato.

R³² - Uso restrito para profilaxia de cistite hemorrágica em pacientes em uso de ciclofosfamida e ifosfamida.

R³³ - Uso restrito para prescrição por especialista para inibição de osteólise em pacientes com doenças onco-hematológicas.

7 IMUNOSSUPRESSORES E IMUNOTERÁPICOS

7.1 IMUNOSSUPRESSORES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
azatioprina	comprimido 50 mg	
ciclofosfamida	pó para solução injetável 200 mg e 1 g comprimido 50 mg	H
ciclosporina	cápsula 25 mg, 50 mg e 100 mg solução oral 100 mg/mL	
metotrexato metotrexato de sódio	comprimido 2,5 mg solução injetável 25 mg/mL	H
fosfato sódico de prednisolona	solução oral 1,34 mg/mL (equivalente a 1 mg prednisolona/mL)	
prednisona	comprimido 5 mg e 20 mg	

7.2 VACINAS E TOXÓIDES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
----------------------	--------------	-----------------

vacina BCG	pó para solução injetável	
vacina contra coqueluche, tétano e difteria conjugada com Haemophilus	suspensão injetável	
vacina contra difteria e tétano	suspensão injetável	
vacina contra difteria,tétano e coqueluche	suspensão injetável	
vacina contra febre amarela	pó para solução injetável	
vacina contra febre tifóide	suspensão injetável	
vacina contra hepatite B	solução injetável	
vacina contra influenza	solução injetável	
vacina contra meningite A e C	pó para suspensão injetável	
vacina contra meningite B e C	suspensão injetável	
vacina contra poliomielite atenuada	solução oral	
vacina contra raiva	pó para solução injetável	
vacina contra rubéola, sarampo e caxumba	solução injetável	
vacina contra sarampo	pó para solução injetável	
vacina meningocócica conjugada do grupo C	suspensão injetável	
vacina oral de rotavírus humano (VORH)	pó para solução oral	

7.3 SOROS E IMUNOGLOBULINAS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
imunoglobulina anti-rábica	solução injetável 150 UI e 300 UI	
imunoglobulina anti-Rho (D)	solução injetável 250 µg e 300 µg	H
imunoglobulina antitetânica	solução injetável 250 UI	H
imunoglobulina heteróloga contra veneno de Bothrops sp.	solução injetável 5 mg/mL	
imunoglobulina heteróloga contra veneno de Crotalus sp.	solução injetável 1,5 mg/mL	
imunoglobulina heteróloga contra veneno de Lonomia obliqua	solução injetável 3,5 mg/mL	
soro antiaracnídico	solução injetável	
soro antibotrópico - crotálico	solução injetável (5 mg + 1,5 mg)/mL	
soro antibotrópico - laquético	solução injetável (5 mg + 3 mg)/mL	
soro antibotulínico	solução injetável	
soro antidiftérico	solução injetável 1.000 UI/mL	
soro antielapídico	solução injetável 1,5 mg/mL	
soro antiescorpiônico	solução injetável 1 mg/mL	
soro antilatrodectus	solução injetável	
soro antiloxoscélico	solução injetável	
soro anti-rábico	solução injetável 200 UI/mL	
soro antitetânico	solução injetável	

8 MEDICAMENTOS E ANTÍDOTOS USADOS EM INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

8.1 NÃO-ESPECÍFICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
bicarbonato de sódio	solução injetável 1 mEq/mL (8,4%)	H
carvão vegetal ativado	pó para uso oral (FN) ou cápsula ou comprimido de 250mg a 400mg	

FN – Formulário Nacional

8.2 ESPECÍFICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de atropina	solução injetável 0,25 mg/mL	H
folinato de cálcio	comprimido 15 mg solução injetável 3 mg/mL	H
mesilato de desferroxamina	pó para solução injetável 500 mg	H
flumazenil	solução injetável 0,1 mg/mL	H, R ²
cloreto de metiltionínio	solução injetável 10 mg/mL*	H
cloridrato de naloxona	solução injetável 0,4 mg/mL	H, R ²
cloridrato de penicilamina	cápsula 250 mg	
mesilato de pralidoxima	pó para solução injetável 200 mg	H
nitrito de sódio*	solução injetável 30 mg/mL	H
tiosulfato de sódio*	solução injetável 250 mg/mL	H

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

9 SOLUÇÕES INTRAVENOSAS PARA REPOSIÇÃO HIDRELETROLÍTICA E CORREÇÃO DO EQUILÍBRIO ÁCIDO-BÁSICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
água para injeção	N.A. (ampola de 5 mL e 10 mL) N.A. (frasco 100 mL e 500 mL)	
gliconato de cálcio	solução injetável 10 % (0,45 mEq/mL)	H
sulfato de magnésio	solução injetável 10% (0,81 mEq Mg ²⁺ /mL)	H
fosfato de potássio monobásico + fosfato de potássio dibásico	solução injetável (0,03g + 0,1567g)/mL (2 mEq fosfato /mL)	H
cloreto de potássio	solução injetável 19,1 % (2,56 mEq/mL)	H
cloreto de sódio	solução injetável 20 % (3,4 mEq/mL) solução injetável 0,9 % (0,154 mEq/mL)	H H
bicarbonato de sódio	solução injetável 1 mEq/mL (8,4 %)	H
solução Ringer + lactato	solução injetável (composição por litro):	H

	cloreto.....109 mEq sódio.....130 mEq potássio.....4 mEq cálcio.....2,7 mEq lactato.....27,7 mEq	
--	--	--

10 AGENTES EMPREGADOS EM NUTRIÇÃO PARENTERAL

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
aminoácidos	solução injetável 100 mg/mL (10%)*(uso adulto)	H, R ³⁴
	solução injetável 100 mg/mL (10%)*(uso pediátrico)	H, R ³⁴
glicose	solução injetável 50 mg/mL (5%)	H
	solução injetável 100 mg/mL (10%)	H
	solução injetável 500 mg/mL (50%)	H
lipídios em emulsão (cadeia longa e média)	emulsão injetável 100 mg/mL (10%)*	H, R ³⁴
	emulsão injetável 200 mg/mL (20%)*	H, R ³⁴

* - Composição mínima e máxima no Apêndice 1.

R³⁴ - Uso restrito para prescrição em Nutrição Parenteral.

10.1 POLIVITAMÍNICO

Denominação genérica	Composição	Condição de uso
polivitamínico	ácido ascórbico ácido pantotênico biotina ácido fólico ácido nicotínico ou derivados piridoxina riboflavina tiamina vitamina A vitamina D vitamina E	H

10.2 OLIGOELEMENTOS

Denominação genérica	Composição	Condição de uso
oligoelementos	zinco cobre cromo manganês	H

10.3 ELETRÓLITOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
----------------------	--------------	-----------------

gliconato de cálcio	solução injetável 10 % (0,45 mEq/mL)	H
sulfato de magnésio	solução injetável 10% (0,81 mEq Mg ²⁺ /mL)	H
cloreto de potássio	solução injetável 19,1 % (2,56 mEq/mL)	H
fosfato de potássio monobásico + fosfato de potássio dibásico	solução injetável (0,03g + 0,1567g)/mL (2 mEq fosfato /mL)	H
acetato de sódio*	solução injetável 2 mEq/mL	H, R ³⁴
cloreto de sódio	solução injetável 0,9 % (0,154 mEq/mL) solução injetável 20 % (3,4 mEq/mL)	
sulfato de zinco*	solução injetável 1 mg/mL solução injetável 200 µg/mL	H, R ³⁴ H, R ³⁴

*Ideal seria a produção destes medicamentos nestas apresentações.

11 SUBSTÂNCIAS MINERAIS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
carbonato de cálcio	comprimido 1250 mg (equivalente a 500 mg Ca ²⁺)	R ³⁵
sulfato ferroso	comprimido 40 mg Fe ²⁺ solução oral 25 mg/mL Fe ²⁺	
sulfato de zinco*	comprimido mastigável 10 mg xarope 4 mg/mL	
fluoreto de sódio*	solução bucal 2 mg/mL (FN)	
sais para reidratação oral	pó para solução oral (composição por litro após preparo): cloreto de sódio.....2,6 g (75 mmol de sódio) glicose anidra13,5 g (75 mmol de glicose) cloreto de potássio.....1,5 g (20 mmol de potássio e 65 mmol de cloreto) citrato de sódio diidratado.....2,9 g (10 mmol de citrato)	Δ, R ³⁶

Δ Fórmula recomendada pela OMS – 15ª Lista Modelo, março 2007.

R³⁵ . Uso restrito à prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes.

R³⁶ – Uso em pediatria.

*Ideal seria a produção deste medicamento nestas apresentações.

12 VITAMINAS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido fólico	comprimido 5 mg solução oral 0,2 mg/mL*	
calcitriol	cápsula 0,25 µg	R ³⁶

cloridrato de piridoxina*	comprimido 50 mg solução oral 1 mg/mL e 10 mg/mL	
palmitato de retinol	cápsula 200.000 UI* solução oleosa 150.000 UI/mL	R ³⁷
cloridrato de tiamina	comprimido 300 mg solução oral 10mg/mL*	
palmitato de tiamina*	solução injetável 100.000 UI/mL	H, R ³⁸
cloridrato de hidroxocobalamina*	solução injetável 1 mg/mL	

R³⁷ – Uso restrito para prescrição e uso em áreas terapêuticas especializadas.

R³⁸ – Uso restrito para tratamento de encefalopatia de Wernicke associada à desintoxicação alcoólica.

*Ideal seria a produção deste medicamento nestas apresentações.

SEÇÃO B. MEDICAMENTOS USADOS EM DOENÇAS DE ÓRGÃOS E SISTEMAS ORGÂNICOS

13 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO

13.1 ANTICONVULSIVANTES

Denominação genérica*	Apresentação	Condição de uso
carbamazepina	comprimido 200 mg xarope 20 mg/mL	R ² R ²
clonazepam	solução oral 2,5 mg/mL	R ⁵
diazepam	solução injetável 5 mg/mL	H, R ⁵
fenitoína sódica	comprimido 100 mg solução injetável 50 mg/mL suspensão oral 25 mg/mL	R ² H, R ² R ²
fenobarbital	comprimido 100 mg solução oral 40 mg/mL	R ² R ²
fenobarbital sódico	solução injetável 100 mg/mL	H, R ²
sulfato de magnésio	solução injetável 50% (4,05 mEq/mL Mg ²⁺)	H, R ³⁹
valproato de sódio ou ácido valpróico	cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) solução oral ou xarope 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico/mL)	R ² R ² R ²

R³⁹ - Uso restrito para casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia.

13.2 ANTIDEPRESSIVOS E ESTABILIZADORES DE HUMOR

Denominação genérica*	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de amitriptilina	comprimido 25 mg	R ²
carbamazepina	comprimido 200 mg xarope 20 mg/mL	R ² R ²
cloridrato de clomipramina	comprimido 10 mg e 25 mg	R ²
cloridrato de fluoxetina	cápsula ou comprimido 20 mg	R ²
cloridrato de nortriptilina	cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg, e 75 mg	R ²
carbonato de lítio	comprimido 300 mg	R ²
valproato de sódio ou ácido valpróico	cápsula ou comprimido 288 mg (equivalente a 250 mg ácido valpróico) comprimido 576 mg (equivalente a 500 mg ácido valpróico) solução oral ou xarope 57,624 mg/mL (equivalente a 50 mg ácido valpróico)	R ² R ² R ²

13.3 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA DOENÇA DE PARKINSON

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
levodopa + carbidopa	comprimido 250 mg + 25 mg comprimido 100 mg + 25 mg* comprimido 100 mg + 10 mg* comprimido 50 mg + 12,5 mg*	R ² , R ⁴⁰ R ² , R ⁴⁰ R ² , R ⁴⁰ R ² , R ⁴⁰
levodopa + benserazida	comprimido 100 mg + 25 mg	R ² , R ⁴⁰

* Ideal seria a produção deste medicamento também nestas apresentações.

R⁴⁰ – Uso restrito conforme estabelecido nos protocolos CMDE (Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional).

13.4 ANTIPSICÓTICOS E ADJUVANTES

Denominação genérica*	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de biperideno	comprimido 2 mg	R ²
lactato de biperideno	solução injetável 5 mg/mL	H, R ²
cloridrato de clorpromazina	comprimido 25 mg e 100 mg solução oral 40 mg/mL solução injetável 5 mg/mL	R ² R ² H, R ²
haloperidol	comprimido 1 mg e 5 mg solução oral 2 mg/mL solução injetável 5 mg/mL	R ² R ² H, R ²
decanoato de haloperidol	solução injetável 50 mg/mL	H, R ²
risperidona	comprimido 1 mg e 3 mg solução oral 1 mg/mL	R ² , R ⁴⁰ R ² , R ⁴⁰

13.5 ANSIOLÍTICOS E HIPNO-SEDATIVOS

Denominação genérica*	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de clomipramina	comprimido 10 mg e 25 mg	R ²
diazepam	comprimido 5 mg solução injetável 5 mg/mL	R ⁵ H, R ⁵

14 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA CARDIOVASCULAR E RENAL

14.1 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
carvedilol	comprimido 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg e 25 mg	
digoxina	comprimido 0,25 mg elixir 0,05 mg/mL	
maleato de enalapril	comprimido 5 mg e 20 mg	Δ
espironolactona	comprimido 25 mg e 100 mg	
furosemida	comprimido 40 mg solução injetável 10 mg/mL solução oral 10 mg/mL *	H, R ⁴¹
hidroclorotiazida	comprimido 25 mg	
losartana potássica	comprimido 50 mg	

R⁴¹ - Uso restrito para tratamento de edema agudo de pulmão.

Δ - foi escolhido pela comodidade posológica.

*Ideal seria a produção nesta apresentação como alternativa à via oral ou para tratar pacientes pediátricos.

14.2 MEDICAMENTOS ANTIARRÍTMICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de amiodarona	comprimido 200 mg solução injetável 50 mg/mL	H, R ⁴²
cloridrato de lidocaína	solução injetável 2%	H, R ⁴³
succinato de metoprolol ou tartarato de metoprolol	comprimido de liberação controlada 25 mg, 50 mg e 100 mg comprimido 100 mg	
cloridrato de propafenona	comprimido 150 mg e 300 mg solução injetável 3,5 mg/mL	H
cloridrato de propranolol	comprimido 10 mg solução oral 1 mg/mL* solução injetável 10 mg/mL*	H
cloridrato de verapamil	comprimido 80 mg e 120 mg solução injetável 2,5 mg/mL	H

R⁴² - Uso restrito para tratamento de arritmia aguda.

R⁴³ - Uso restrito para tratamento de taquicardia ventricular aguda.

*Ideal seria a produção nestas apresentações como alternativas à via oral ou para tratar pacientes pediátricos.

14.3 MEDICAMENTOS USADOS EM CARDIOPATIA ISQUÊMICA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido acetilsalicílico	comprimido 100 mg	R ⁴⁴
atenolol	comprimido 50 mg e 100 mg	
besilato de anlodipino	comprimido 5 mg e 10 mg	
captopril	comprimido 25 mg	R ⁴⁵
maleato de enalapril	comprimido 5 mg e 20 mg	
estreptoquinase	pó para solução injetável 750.000 UI e 1.500.000 UI	H
heparina sódica	solução injetável 5.000 UI/ mL	H
dinitrato de isossorbida	comprimido sublingual 5 mg	R ⁴⁵
mononitrato de isossorbida	comprimido 40 mg solução injetável 10 mg/mL	H
cloridrato de propranolol	comprimido 10 mg e 40 mg	
sinvastatina	comprimido 10 mg e 40 mg	
cloridrato de verapamil	comprimido 80 mg e 120 mg	

R⁴⁴ - Uso restrito para paciente adulto.

R⁴⁵ - Uso restrito para casos de urgência hipertensiva.

R⁴⁶ - Uso restrito para casos de crise anginosa.

14.4 ANTI-HIPERTENSIVOS

14.4.1 Diuréticos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
espironolactona	comprimido 25 mg e 100 mg	
hidroclorotiazida	comprimido 12,5 mg* e 25 mg	

* Ideal seria a produção nesta concentração.

14.4.2 Bloqueadores adrenérgicos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
metildopa	comprimido 250 mg	R ⁴⁷
succinato de metoprolol ou tartarato de metoprolol	comprimido de liberação controlada 50 mg e 100 mg comprimido 100 mg	
cloridrato de propranolol	comprimido 10 mg e 40 mg solução oral 1 mg/mL*	R ⁴⁸ R ⁴⁸
atenolol	comprimido 50 mg e 100 mg	R ⁴⁹

* Ideal seria a produção nesta concentração.

R⁴⁷ - Uso exclusivo para o tratamento de hipertensão em gestantes

R⁴⁸ - Uso exclusivo para tratamento de hipertensão em crianças.

R⁴⁹ - Não recomendado para pacientes com mais de 60 anos, gestantes e aqueles com intervalo QT longo

14.4.3 Bloqueador de canais de cálcio

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
besilato de anlodipino	comprimido 5 mg e 10 mg	
cloridrato de verapamil	comprimido 80 mg e 120 mg solução injetável 2,5 mg/mL	H

14.4.4 Vasodilatadores diretos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de hidralazina	comprimido 50 mg solução injetável 20 mg/mL	R ⁵⁰ H, R ⁵⁰
nitroprusseto de sódio	pó para solução injetável 50 mg	H, R ⁵¹

R⁵⁰ - Uso restrito para hipertensão refratária.

R⁵¹ - Uso restrito para tratamento de emergência hipertensiva.

14.4.5 Inibidores da enzima conversora da angiotensina

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
captopril	comprimido 25 mg	R ⁴⁵
maleato de enalapril	comprimido 5 mg, 10 mg, e 20 mg	

R⁴⁵ - Uso restrito para casos de urgência hipertensiva.

14.4.6 Antagonistas de receptores de angiotensina

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
losartana potássica	comprimido 50 mg	

14.5 DIURÉTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
espironolactona	comprimido 25 mg e 100 mg	
furosemida	comprimido 40 mg solução oral 10 mg/mL * solução injetável 10 mg/mL	H, R ⁵²
hidroclorotiazida	comprimido 12,5 mg* e 25 mg	
manitol	solução injetável 20 %	H

R⁵² - Uso restrito para resgate de edema agudo de pulmão em paciente com insuficiência cardíaca congestiva descompensada.

* Ideal seria a produção nesta apresentação.

14.6 MEDICAMENTOS USADOS NO CHOQUE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de dobutamina	solução injetável 12,5 mg/mL	H, R ⁵³
cloridrato de dopamina	solução injetável 5 mg/mL	H, R ⁵³
hemitartrato de norepinefrina	solução injetável 2,0 mg/mL	H, R ⁵³
cloridrato de epinefrina ou hemitartrato de epinefrina	solução injetável 1 mg/mL	H, R ⁵³

R⁵³ - Uso restrito por ser fármaco vasoativo com necessidade de monitoramento durante o uso.

14.7 HIPOLIPEMIANTE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sinvastatina	comprimido 10 mg e 40 mg	

15 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SANGUE

15.1 ANTIANÊMICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido fólico	comprimido 5 mg solução oral 0,2 mg/mL	
eritropoietina	solução injetável 2.000 UI e 4.000 UI	H, R ⁵⁴
cloridrato de hidroxocobalamina*	solução injetável 1 mg/mL	
sulfato ferroso heptaidratado	comprimido 40 mg Fe ⁺⁺ solução oral 25 mg Fe ⁺⁺ /mL	

R⁵⁴ - Uso restrito para tratamento de anemia em pacientes portadores de insuficiência renal crônica.

*Ideal seria a manutenção da produção deste medicamento nesta apresentação.

15.2 ANTICOAGULANTES E ANTAGONISTAS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
dalteparina sódica	solução injetável 12.500 UI/mL e 25.000 UI/mL	H, R ⁵⁵
fitomenadiona	solução injetável 10 mg/	H
heparina sódica	solução injetável 5.000 UI/mL solução injetável 5.000 UI/0,25 mL (para uso subcutâneo)	H H
cloridrato de protamina	solução injetável 10 mg/mL	H
varfarina sódica	comprimido 1 mg e 5 mg	H

R⁵⁵ - Uso restrito para profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e pacientes gravemente doentes com imobilização prolongada ou tratamento da TVP de síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST.

15.3 ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido acetilsalicílico	comprimido 100 mg	

15.4 FATORES DE COAGULAÇÃO E RELACIONADOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
fatores de coagulação II, VII, IX, X em combinação (complexo protrombínico)	pó para solução injetável 500 UI a 600 UI de fator IX (AE > 0,6 UI/mg)	H, R ³⁷
fatores de coagulação II, VIIa, IX, X em combinação (complexo protrombínico parcialmente ativado)	pó para solução injetável 500 UI	H, R ³⁷
fator IX de coagulação (concentrado)	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI (AE >50 UI/mg)	H, R ³⁷
fator VII de coagulação	pó para solução injetável 60 KUI (1,2	H, R ³⁷

	mg/frasco), 120 KUI (2,4 mg/frasco) e 240 KUI (4,8 mg/frasco) de fator recombinante de coagulação VII ativado	
fator VIII de coagulação	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI (AE > 100 UI)	H, R ³⁷
fator de von Willebrand	pó para solução injetável 450 a 500 UI de concentrado de fator VIII rico em fator de von Willebrand (AE >1 UI/mg)	H, R ³⁷

15.5 FRAÇÕES DO PLASMA PARA FINS ESPECÍFICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
albumina humana	solução injetável 20%	H, R ⁵⁶

R⁵⁶ – Uso conforme Resolução - RDC Anvisa nº 115, de 10 de maio de 2004.

15.6 EXPANSOR VOLÊMICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
poligelina	solução injetável 3,5%	H, R ⁵⁷

R⁵⁷ - Uso restrito ao choque hipovolêmico na diálise e pós-parecentese de grande volume.

15.7 TROMBOLÍTICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
estreptoquinase	pó para solução injetável 750.000 UI e 1.500.000 UI	H, R ⁵⁸

R⁵⁸ - Uso restrito para tratamento de infarto agudo do miocárdio ou de embolia pulmonar com repercussão hemodinâmica.

16 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA DIGESTÓRIO

16.1 ANTIÁCIDOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
hidróxido de alumínio + hidróxido de magnésio	comprimido dispersível (200 mg + 200 mg) suspensão oral (35,6 mg + 37 mg)/mL	

16.2 ANTI-SECRETORES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
omeprazol	cápsula 10 mg e 20 mg	
omeprazol sódico	pó para solução injetável 40 mg	H

cloridrato de ranitidina	comprimido 150 mg solução injetável 25 mg/mL	H
--------------------------	---	---

16.3 ANTIMICROBIANOS (ERRADICAÇÃO DE *HELICOBACTER PYLORI*)

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
amoxicilina	cápsula ou comprimido 500 mg	
claritromicina	cápsula ou comprimido 250 mg	
metronidazol	comprimido 250 mg	

16.4 ANTIEMÉTICOS E AGENTES PROCINÉTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de metoclopramida	comprimido 10 mg solução oral 4 mg/mL solução injetável 5 mg/mL	R ⁵⁹ R ⁵⁹
cloridrato de ondansetrona	comprimido 4 mg e 8 mg solução injetável 2 mg/mL	R ⁶⁰ H, R ⁶⁰

R⁵⁹ - Uso cuidadoso em crianças pela possibilidade de indução de reações extrapiramidais.

R⁶⁰ - Uso restrito para êmese induzida por fármaco citotóxico de alto potencial emetogênico.

16.5 ANTIDIARRÉICO SINTOMÁTICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de loperamida	comprimido 2 mg	

16.6 LAXATIVOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
glicerol	enema 120 mg/mL supositório(FN)	
mucilóide de <i>Psyllium</i>	pó para dispersão oral	
sulfato de magnésio	pó para solução oral 5 a 30 g	

16.7 OUTROS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
lactulose	xarope 667 mg/mL	H, R ⁶¹
sulfassalazina	comprimido 500 mg	R ⁶²

R⁶¹ - Uso restrito para casos de encefalopatia hepática.

R⁶² - Uso na doença inflamatória intestinal.

17 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE O SISTEMA RESPIRATÓRIO

17.1 ANTIASMÁTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
dipropionato de beclometasona	pó, solução inalante ou aerossol 50 µg, 200 µg e 250 µg /dose	
succinato sódico de hidrocortisona	pó para solução injetável 100 mg e 500 mg	H, R ⁶³
brometo de ipratrópio	solução inalante 0,25 mg/mL aerossol 0,02 mg/dose	
fosfato sódico de prednisolona	solução oral 1,34 mg/mL (equivalente a 1 mg prednisolona/mL)	
prednisona	comprimido 5 mg e 20 mg	
sulfato de salbutamol	aerossol 100 µg/dose solução inalante 5 mg/mL solução injetável 0,5 mg/mL	H

R⁶³ - Uso restrito como alternativa para o tratamento da asma aguda grave em crianças incapazes de reter a forma oral.

17.2 AGENTES TENSOATIVOS PULMONARES E OUTROS QUE ATUAM NA SÍNDROME DO DESCONFORTO RESPIRATÓRIO EM NEONATOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	suspensão injetável (3 mg + 3 mg)/mL	H, R ⁶⁴
alfaporactanto ou beractanto	solução injetável 80 mg/mL solução injetável 25 mg/mL	H, R ⁶⁴ H, R ⁶⁴

R⁶⁴ - Uso restrito em unidades de tratamento intensivo em neonatologia.

17.3 PREPARAÇÕES NASAIS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloreto de sódio	solução nasal 0,9 %	

18 MEDICAMENTOS QUE ATUAM SOBRE OS SISTEMAS ENDÓCRINO E REPRODUTOR

18.1 HORMÔNIOS HIPOFISÁRIOS E RELACIONADOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de leuprorrelina	pó para suspensão injetável 3,75 mg	R ³⁷

18.2 HORMÔNIO TIREOIDIANO, MEDICAMENTOS ANTITIREOIDIANOS E ADJUVANTES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
iodo + iodeto de potássio	solução de iodeto de potássio iodada (FN)	
levotiroxina sódica	comprimido 25 µg, 50 µg e 100 µg	
cloridrato de propranolol	comprimido 10 mg e 40 mg solução injetável 10 mg/mL*	
propiltiouracila	comprimido 50 mg** e 100 mg	

*Ideal seria a produção nesta apresentação como opção a via oral ou para tratar pacientes pediátricos.

**Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação para atender as necessidades posológicas e o uso em pediatria.

18.3 INSULINAS E ANTIDIABÉTICOS ORAIS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
glibenclâmida	comprimido 5 mg	
gliclazida	comprimido de liberação controlada 30 mg ou comprimido 80 mg	R ⁶⁵ R ⁶⁵
insulina humana NPH	suspensão injetável 100 UI/mL	
insulina humana regular	solução injetável 100 UI/mL	
cloridrato de metformina	comprimido 500 mg e 850 mg	

R⁶⁵ - Uso restrito a pacientes idosos.

18.4 HORMÔNIOS SEXUAIS, ANTAGONISTAS E MEDICAMENTOS RELACIONADOS

18.4.1 Estrógenos

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
estriol	creme vaginal 1 mg/g	
estrogênios conjugados	comprimido 0,3 mg* creme vaginal 0,625 mg/g	

*Ideal seria a produção nesta apresentação.

18.4.2 Progestógeno

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de medroxiprogesterona	comprimido 2,5 mg e 10 mg	

18.4.3 Andrógeno

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cipionato de testosterona*	solução injetável 100 mg/mL	R ⁶⁶

R⁶⁶ - Fármaco sujeito a controle especial por potencialmente induzir abuso e (ou) dependência; Lista C5 (Portaria SVS 344/98).

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

18.4.4 Contraceptivos hormonais orais

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
etinilestradiol + levonorgestrel	comprimido 0,03 mg + 0,15 mg	
levonorgestrel	comprimido 1,5 mg	R ⁶⁷
noretisterona	comprimido 0,35 mg	

R⁶⁷ - Uso restrito para contracepção de emergência.

18.4.5 Contraceptivos hormonais injetáveis

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de medroxiprogesterona	solução injetável 150 mg/mL	
enantato de noretisterona + valerato de estradiol	solução injetável 50 mg + 5 mg	

18.4.6 Indutor de ovulação

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
citrato de clomifeno	comprimido 50 mg	R ³⁶

18.5 MEDICAMENTOS QUE ATUAM NA CONTRATILIDADE UTERINA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
maleato de ergometrina	solução injetável 200 µg/mL	H
nifedipino	cápsula ou comprimido 10 mg	R ⁶⁸
ocitocina	solução injetável 5 UI/mL	H

R⁶⁸ - Uso restrito como tocolítico.

18.6 FÁRMACO USADO PARA BLOQUEIO DA LACTAÇÃO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cabergolina	comprimido 0,5 mg	R ⁶⁹

R⁶⁹ - Uso restrito para lactantes HIV positivas e outros casos especiais.

19 MEDICAMENTOS UTILIZADOS NO TRATAMENTO/PREVENÇÃO DA OSTEOPOROSE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
alendronato de sódio	comprimido 70 mg	
carbonato de cálcio + colecalciferol	comprimido 500 mg + 400 UI	
calcitriol	cápsula 0,25 µg	H, R ⁷⁰

R⁷⁰ - Uso restrito para pacientes com insuficiência renal.

20 MEDICAMENTOS TÓPICOS USADOS EM PELE, MUCOSAS E FÂNEROS

20.1 ANESTÉSICO LOCAL

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de lidocaína	gel 2% aerossol 100 mg/mL	

20.2 ANTIINFECTANTES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
gliconato de clorexidina	solução bucal 0,12 %	
metronidazol	creme vaginal 5%	
nitrato de miconazol	creme 2% creme vaginal 2% gel oral 2% loção 2% pó 2%	
nistatina	suspensão 100.00 UI/mL	
permanganato de potássio	pó ou comprimido 100 mg	
sulfadiazina de prata	pasta 1%	

20.3 ANTIPRURIGINOSO E ANTIINFLAMATÓRIO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetato de hidrocortisona	creme 1%	
dexametasona	creme 0,1%	

20.4 AGENTES CERATOLÍTICOS E CERATOPLÁSTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
ácido salicílico	pomada 5% (FN)	
alcatrão mineral	pomada 1% (FN)	
pasta d' água	pasta (FN)	
peróxido de benzoíla	gel 2,5 % e 5 %	
podofilina	solução 10 % a 25 % (FN)	H, R ⁷¹

R⁷¹ - Aplicação por médico.

20.5 ESCABICIDA E PEDICULICIDA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
permetrina	loção 1% e 5%	

20.6 OUTROS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
óleo mineral	frasco 100 mL	

21 MEDICAMENTOS TÓPICOS USADOS NO SISTEMA OCULAR

21.1 ANESTÉSICO LOCAL

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de proximetacaína	colírio 0,5%	H, R ⁷²

R⁷²- Uso restrito para dor ocular aguda por causas externas e procedimentos cirúrgicos.

21.2 ANTIINFECTANTES

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de gentamicina	colírio 5 mg/mL pomada oftâmica 5 mg/g	
nitrate de prata	colírio 1 %	
cloridrato de tetraciclina*	pomada oftálmica 1 %	

*Ideal seria a produção deste medicamento nesta apresentação.

21.3 ANTIINFLAMATÓRIO E ANTIALÉRGICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
dexametasona	colírio 0,1%	

21.4 MIDRIÁTICO E CICLOPLÉGICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
sulfato de atropina	colírio 1%	
tropicamida	colírio 1%	

21.5 ANTIGLAUCOMATOSOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
acetazolamida	comprimido 250 mg	
cloridrato de pilocarpina	colírio 2 %	
maleato de timolol	colírio 0,25 % e 0,5 %	

21.6 SUBSTITUTO DA LÁGRIMA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
hipromelose	colírio 0,2 % e 0,3 %	

21.7 AGENTES DIAGNÓSTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
fluoresceína sódica	colírio 1%	H
tropicamida	colírio 1%	H

SEÇÃO C. OUTROS MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA A SAÚDE

22 DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
dispositivo intra-uterino plástico com cobre	modelo T 380 mm ²	

23 MÉTODOS DE BARREIRA

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
preservativo masculino	170 mm x 49 mm 180 mm x 52 mm	
diafragma	60 mm de diâmetro 65 mm de diâmetro 70 mm de diâmetro 75 mm de diâmetro 80 mm de diâmetro 85 mm de diâmetro	

24 AGENTES DIAGNÓSTICOS

24.1 MEIOS DE CONTRASTE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
diatrizoato de sódio + diatrizoato de meglumina	solução injetável (0,1 g + 0,66 g)/mL (equivalente a 370 mg iodo/mL)	H
ioxitalamato de meglumina + ioxitalamato de sódio	solução injetável: composição por mL ácido ioxitalâmico.....0,59 g meglumina.....0,15 g hidróxido de sódio.....0,58 g (equivalente a 350 mg iodo)	H
sulfato de bário	suspensão oral 1 g/mL	H

24.2 DIAGNÓSTICO IMUNOLÓGICO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
tuberculina (derivado protéico)	solução injetável 0,1 mL (PPD-Rt 23, 2.000)	

purificado)	U) para via intradérmica	
-------------	--------------------------	--

24.3 OUTROS AGENTES DIAGNÓSTICOS

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
solução de iodo composto para teste de Schiller	solução de iodo 20 mg + iodeto de potássio 40 mg/mL (FN)	

25 PRODUTOS PARA O TRATAMENTO DO TABAGISMO

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
cloridrato de bupropiona	comprimido 150 mg	R ²
nicotina	goma de mascar 2 mg adesivo transdérmico 7 mg, 14 mg e 21 mg	R ²⁷

26 SOLUÇÕES PARA DIÁLISE

Denominação genérica	Apresentação	Condição de uso
solução ácida para hemodiálise	composição por litro após diluição: Na ⁺138 mEq Ca ²⁺3,5 mEq K ⁺2 mEq Mg ²⁺1 mEq Cl ⁻109,5 mEq Acetato.....3 mEq	H
solução alcalina para hemodiálise	composição por litro após diluição: NaHCO ₃8,4% (correspondente a 32 mEq HCO ₃ ⁻ /L)	H
solução para diálise peritoneal com glicose 1,5 %	solução injetável – composição por litro: Na ⁺140 mEq Ca ²⁺3,5 mEq Mg ²⁺1,5mEq Cl ⁻101 mEq lactato.....44,6 mEq	H
solução para diálise peritoneal com glicose 4,25%	solução injetável – composição por litro: Na ⁺132 mEq Ca ²⁺3,5 mEq Mg ²⁺0,5 mEq Cl ⁻96 mEq lactato.....40 mEq	H

MEDICAMENTOS POR ORDEM ALFABÉTICA

A		
Denominação genérica	DDD	ATC
acetato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona	1,5 mg (P)	H02AB01
acetato de hidrocortisona	NC	D07AA02
acetato de leuprorrelina	0,134 mg (P)	L02AE02
acetato de medroxiprogesterona	5 mg (O)	G03DA02
	1,67 mg (P)	G03AC06
acetato de megestrol	0,16 g (O)	L02AB01
acetazolamida	0,75 g (O)	S01EC01
aciclovir	4 g (O)	J05AB01
aciclovir sódico	4 g (P)	J05AB01
ácido acetilsalicílico	3 g (O)	N02BA01
	1 comprimido (O)	B01AC06
ácido fólico	0,4 mg (O)	B03BB01
ácido salicílico	NC	D02AF
água para injeção	NC	V07AB
albendazol	0,4 g (O)	P02CA03
albumina humana	NC	B05AA01
alcatrão mineral	NC	D05AA
álcool etílico	NC	D08AX08
alendronato de sódio	10 mg (O)	M05BA04
alfaporactanto	0,16 g (IT)	R07AA02
alopurinol	0,4 g (O)	M04AA01
aminoácidos	NC	B05BA01
amoxicilina	1 g (O)	J01CA04
amoxicilina + clavulanato de potássio	1 g (O)	J01CR02
ampicilina sódica	2 g (P)	J01CA01
anastrozol	1 mg (O)	L02BG03

anfotericina B	35 mg (P)	J02AA01
antimoniato de meglumina	0,85 g (P)	P01CB01
arteméter	120 mg (P)	P01BE02
artesanato de sódio	0,28 g (O, R)	P01BE03
asparaginase	NC	L01XX02
atenolol	75 mg (O)	C07AB03
azatioprina	0,15 g (O)	L04AX01
azitromicina	0,3 g (O)	J01FA10

B		
Denominação genérica	DDD	ATC
benzilpenicilina benzatina	3,6 g (P)	J01CE08
benzilpenicilina potássica	6.000.000 UI (P)	J01CE01
benzilpenicilina procaína + benzilpenicilina potássica	6.000.000 UI (P)	J01CE30
benznidazol	0,4 g (O)	P01CA02
benzoilmetronidazol	NC	PO1AB01
beractanto	0,16 g (IT)	R07AA02
besilato de anlodipino	5 mg (O)	C08CA01
besilato de atracúrio	NC	M03AC04
bicarbonato de sódio	NC	B05CB04
	NC	B05XA02
brometo de ipratrópio	0,12 mg (aerossol)	R03BB01
	0,3 mg (solução)	
brometo de pancurônio	NC	M03AC01
brometo de piridostigmina	0,18 g (O)	N07AA02

C		
Denominação genérica	DDD	ATC
cabergolina	0,5 mg (O)	G02CB03
calcitriol	1 µg (O)	A11CC04
captopril	50 mg (O)	C09AA01
carbamazepina	1 g (O)	N03AF01
carbonato de cálcio	3 g (O)	A12AA04
carbonato de cálcio + colecalciferol	NC	A11CC05
carbonato de lítio	24 mmol (Li ⁺) (O)	N05AN01
carboplatina	NC	L01XA02
carvão vegetal ativado	5 g (O)	A07BA01
cefalexina ou cefalexina monoidratada	2 g (O)	J01DB01
cefalotina sódica	4 g (P)	J01DB03
cefazolina sódica	3 g (P)	J01DB04
cefotaxima sódica	4 g (P)	J01DD01
ceftazidima ou ceftazidima pentaidratada	4 g (P)	J01DD02
ceftriaxona sódica	2 g (P)	J01DD04
cetoconazol	NC	D01AC08
ciclofosfamida	NC	L01AA01
ciclosporina	0,25 g (O)	L04AA01
cipionato de testosterona	18 mg (P)	G03BA03
cisplatina	NC	L01XA01
citarabina	NC	L01BC01
citrato de clomifeno	9 mg (O)	G03GB02
citrato de dietilcarbamazina	0,4 g (O)	P02CB02
citrato de fentanila	NC	N01AH01
citrato de tamoxifeno	20 mg (O)	L02BA01
cladribina	NC	L01BB04
claritromicina	0,5 g (O)	J01FA09

clofazimina	0,1 g (O)	J04BA01
clonazepam	8 mg (O)	N03AE01
clorambucila	NC	L01AA02
cloranfenicol	3 g (O)	J01BA01
cloreto de metiltionínio	NC	V03AB17
cloreto de potássio	3 g (P)	A12BA01
cloreto de potássio	NC	B05XA01
cloreto de sódio	1 g (P)	A12CA01
	NC	B05XA03
cloreto de suxametônio	NC	M03AB01
cloridrato de amiodarona	0,2 g (O, P)	C01BD01
cloridrato de amitriptilina	75 mg (O)	N06AA09
cloridrato de biperideno	10 mg (O)	N04AA02
cloridrato de bupivacaína	NC	N01BB01
cloridrato de bupivacaína + glicose	NC	N01BB51
cloridrato de bupropiona	0,3 g (O)	N07BA02
cloridrato de cetamina	NC	N01AX03
cloridrato de ciprofloxacino	1 g (O, P)	J01MA02
cloridrato de clindamicina	1,2 g (O)	J01FF01
cloridrato de clomipramina	0,1 g (O)	N06AA04
cloridrato de clorpromazina	300 mg (O, P)	N05AA01
cloridrato de daunorrubicina	100 mg (P)	L01DB02
cloridrato de dobutamina	NC	C01CA07
cloridrato de dopamina	0,5 g (P)	C01CA04
cloridrato de doxiciclina	0,1 g (O)	J01AA02
cloridrato de doxorubicina	NC	L01DB01
cloridrato de epinefrina ou hemitartrato de epinefrina	NC	C01CA24
cloridrato de etambutol	1,2 g (O)	J04AK02
cloridrato de fluoxetina	20 mg (O)	N06AB03

cloridrato de hidralazina	0,1 g (O, P)	C02DB02
cloridrato de hidroxocobalamina	20 µg (O)	B03BA03
cloridrato de idarrubicina	NC	L01DB06
cloridrato de lidocaína	3 g (P)	C01BB01
	NC	N01BB02
	NC	D04AB01
cloridrato de lidocaína + glicose	3 g (P)	N01BB52
cloridrato de lidocaína + hemitartrato de epinefrina	NC	N01BB52
cloridrato de loperamida	10 mg (O)	A07DA03
cloridrato de mefloquina	1 g (O)	P01BC02
cloridrato de metformina	2 g (O)	A10BA02
cloridrato de metoclopramida	30 mg (O, P)	A03FA01
cloridrato de midazolam	15 mg (P)	N05CD08
cloridrato de minociclina	0,2 g (O)	J01AA08
cloridrato de naloxona	NC	V03AB15
cloridrato de nortriptilina	75 mg (O)	N06AA10
cloridrato de ondansetrona	16 mg (O, P)	A04AA01
cloridrato de penicilamina	NC	M01CC01
cloridrato de pilocarpina	0,4 mL (T)	S01EB01
cloridrato de piridoxina	0,16 g (O)	A11HA02
cloridrato de prilocaína + felipressina	NC	N01BB54
cloridrato de prometazina	25 mg (P)	R06AD02
cloridrato de propafenona	0,3 g (O, P)	C01BC03
cloridrato de propranolol	0,16 g (O, P)	C07AA05
cloridrato de protamina	NC	V03AB14
cloridrato de proximetacaína	NC	S01HA03
cloridrato de ranitidina	0,3 g (O, P)	A02BA02
cloridrato de tetraciclina	NC	S01AA09
cloridrato de tiamina	50 mg (O)	A11DA01

cloridrato de vancomicina	2 g (P)	J01XA01
cloridrato de verapamil	0,24 g (O, P)	C08DA01

D		
Denominação genérica	DDD	ATC
dacarbazina	NC	L01AX04
dactinomicina	NC	L01DA01
dapsona	50 mg (O)	J04BA02
decanoato de haloperidol	3,3 mg (P)	N05AD01
dexametasona	NC	D07AB19
	1,5 mg (O)	H02AB02
	NC	S01BA01
diatrizoato de sódio + diatrizoato de meglumina	NC	V08AA01
diazepam	10 mg (O, P)	N05BA01
dicloridrato de quinina	1,5 g (P)	P01BC01
didanosina	0,4 g (O)	J05AF02
dietilcarbamazina	0,4 g (O)	P02CB02
difosfato de cloroquina	0,5 g (O)	P01BA01
difosfato de primaquina	15 mg (O)	P01BA03
digoxina	0,1 mg (O)	C01AA05
dinitrato de isossorbida	20 mg (O)	C01DA08
dipirona sódica	3 g (O, P)	N02BB02
dipropionato de beclometasona	0,8 mg (pó ou aerossol)	R03BA01
	1,5 mg (solução)	
dispositivo intra-uterino plástico com cobre	NC	G02BA02
docetaxel	NC	L01CD02

E

Denominação genérica	DDD	ATC
efavirenz	0,6 g (O)	J05AG03
enantato de noretisterona + valerato de estradiol	NC	G03AA05
eritropoietina	1.000 UI (P)	B03XA01
espiramicina	3 g (O)	J01FA02
espironolactona	75 mg (O)	C03DA01
estearato de eritromicina	1 g (O)	J01FA01
estreptoquinase	1,5 MU (Milhões de Unidades) (P)	B01AD01
estriol	0,2 mg (T)	G03CA04
estrogênios conjugados	0,625 mg (O, T)	G03CA57
etinilestradiol + levonorgestrel	NC	G03AA07
etionamida	0,75 g (O)	J04AD03
etoposídeo	NC	L01CB01

F		
Denominação genérica	DDD	ATC
fator de von Willebrand	7.200 U (P)	B02BD06
fator IX de coagulação (concentrado)	350 U (P)	B02BD04
fator VII de coagulação	6.000 U (P)	B02BD05
fator VIII de coagulação	500 U (P)	B02BD02
fatores de coagulação II, VII, IX e X em combinação (complexo protrombínico)	350 U (P)	B02BD01
fatores de coagulação II, VIIa, IX, X em combinação (complexo protrombínico parcialmente ativado)	10.000 U (P)	B02BD03
fenitoína sódica	300 mg (O, P)	N03AB02
fenobarbital	100 mg (O, P)	N03AA02
filgrastim	0,35 mg (P)	L03AA02
fitomenadiona	20 mg (P)	B02BA01
fluconazol	0,2 g (O, P)	J02AC01
flumazenil	NC	V03AB25
fluoresceína sódica	NC	S01JA01
fluoreto de sódio	88 mg (O)	A12CD01
fluoruracila	NC	L01BC02
folinato de cálcio	60 mg (O, P)	V03AF03
fosfato de clindamicina	1,8 g (P)	J01FF01
fosfato de codeína	0,15 g (O)	N02AA08
fosfato de potássio monobásico + fosfato de potássio dibásico	NC	B05XA06
fosfato dissódico de dexametasona	1,5 mg (P)	H02AB02
fosfato sódico de prednisolona	10 mg (O)	H02AB06
fumarato de tenofovir desoproxila	0,245 g (O)	J05AF07
furosemida	40 mg (O, P)	C03CA01

G		
Denominação genérica	DDD	ATC
ganciclovir sódico	3 g (P)	J05AB06
glibenclamida	10 mg (O)	A10BB01
glicerol	NC	A06AG04
gliclazida	0,16 g (O)	A10BB09
gliconato de cálcio	3 g (P)	A12AA03
gliconato de clorexidina	30 mg (O)	A01AB03
	30 mg (T)	D08AC02
glicose	NC	V06DC01
glutaral	NC	NC

H		
Denominação genérica	DDD	ATC
haloperidol	8 mg (O)	N05AD01
halotano	NC	N01AB01
hemitartarato de epinefrina	0,5 mg (P)	C01CA24
hemitartarato de norepinefrina	6 mg (P)	C01CA03
heparina sódica	10.000 UI (P)	B01AB01
hidroclorotiazida	25 mg (O)	C03AA03
hidróxido de magnésio + hidróxido de alumínio	NC	A02AD01
hidroxiuréia	NC	L01XX05
hipoclorito de sódio	NC	D08AX07
hipromelose	NC	S01KA02

I		
Denominação genérica	DDD	ATC
ibuprofeno	1,2 g (O)	M01AE01
ifosfamida	NC	L01AA06
imipeném + cilastatina sódica	2 g (P)	J01DH51
imunoglobulina anti-rábica	NC	J06BB05
imunoglobulina anti-Rho (D)	NC	J06BB01
imunoglobulina antitetânica	NC	J06BB02
imunoglobulina heteróloga contra veneno de <i>Bothrops sp.</i>	NC	J06AA03
imunoglobulina heteróloga contra veneno de <i>Crotalus sp.</i>	NC	J06AA03
imunoglobulina heteróloga contra veneno de <i>Lonomia obliqua</i>	NC	NC
insulina humana (NPH)	40 U (P)	A10AC01
insulina humana (regular)	40 U (P)	A10AB01
iodo + iodeto de potássio (solução de iodeto de potássio iodada)	0,33 g (O)	H03CA
iodopovidona	NC	D08AG02
ioxitalamato de meglumina + ioxitalamato de sódio	NC	V08AA05
isetionato de pentamidina	0,28 g (P)	P01CX01
isoflurano	NC	N01AB06
isoniazida	0,3 g (O)	J04AC01
isoniazida + rifampicina	NC	J04AM02
itraconazol	0,2 g (O)	J02AC02
ivermectina	12 mg (O)	P02CF01

L

Denominação genérica	DDD	ATC
lactato de biperideno	10 mg (P)	N04AA02
lactulose	6,7 g (O)	A06AD11
lamivudina	0,3 g (O)	J05AF05
levodopa + benserazida	0,6 g (O)	N04BA02
levodopa + carbidopa	0,6 g (O)	N04BA02
levonorgestrel	NC	G03AC03
levotiroxina sódica	0,15 mg (O)	H03AA01
lipídios em emulsão	NC	B05BA02
lopinavir + ritonavir	0,8 g (O)	J05AE06
loratadina	10 mg (O)	R06AX13
losartana potássica	50 mg (O)	C09CA01

M		
Denominação genérica	DDD	ATC
maleato de dexclorfeniramina	6 mg (O)	R06AB02
maleato de enalapril	10 mg (O)	C09AA02
maleato de ergometrina	0,2 mg (P)	G02AB03
maleato de timolol	0,2 mL (T)	S01ED01
manitol	NC	B05BC01
mebendazol	0,2 g (O)	P02CA01
melfalana	NC	L01AA03
mercaptopurina	NC	L01BB02
mesilato de desferroxamina	NC	V03AC01
mesilato de pralidoxima	NC	V03AB04
mesna	NC	V03AF01
metildopa	1 g (O)	C02AB01
metilsulfato de neostigmina	2 mg (P)	N07AA01
metotrexato	2,5 mg (O)	L04AX03
metotrexato de sódio	2,5 mg (P)	L04AX03
	NC	L01BA01
metronidazol	0,5 g (T)	G01AF01
	2 g (O)	P01AB01
	1,5 g (O, P)	J01XD01
midazolam	15 mg (P)	N05CD08
mononitrato de isossorbida	40 mg (O, P)	C01DA14
mucilóide de <i>Psyllium</i>	7 g (O)	A06AC01

N

Denominação genérica	DDD	ATC
nevirapina	0,4 g (O)	J05AG01
nicotina	30 mg (O), 14 mg (TD)	N07BA01
nifedipino	NC	G02C
nistatina	1,5 MU (Milhões de Unidades) (O)	A07AA02
nitrato de miconazol	NC	D01AC02
nitrato de prata	NC	S01AX02
nitrito de sódio	NC	V03AB08
nitrofurantoína	0,2 g (O)	J01XE01
nitroprusseto de sódio	50 mg (P)	C02DD01
noretisterona	2,5 mg (O)	G03AC01

O

Denominação genérica	DDD	ATC
ocitocina	15 U (P)	H01BB02
ofloxacino	0,4 g (O)	J01MA01
óleo mineral	NC	D02AC
omeprazol	20 mg (O)	A02BC01
omeprazol sódico	20 mg (P)	A02BC01
oxacilina sódica	2 g (P)	J01CF04
oxamniquina	1 g (O)	P02BA02
óxido nitroso	NC	N01AX13
oxigênio	NC	V03AN01

P		
Denominação genérica	DDD	ATC
paclitaxel	NC	L01CD01
palmitato de retinol	50.000 UI (O, P)	A11CA01
palmitato de tiamina	50 mg (P)	A11DA01
pamidronato dissódico	60 mg (P)	M05BA03
paracetamol	3 g (P)	N02BE01
pasta d' água	NC	D02AB
permanganato de potássio	NC	D08AX06
permetrina	NC	P03AC04
peróxido de benzoíla	NC	D10AE01
pirazinamida	1,5 g (O)	J04AK01
pirimetamina	75 mg (O)	P01BD01
podofilina	NC	D11AF
poligelina	NC	B05AA06
praziquantel	3 g (O)	P02BA01
prednisona	10 mg (O)	H02AB07
preservativo feminino	NC	V07AY
preservativo masculino	NC	V07AY
propiltiouracila	0,1 g (O)	H03BA02
propofol	NC	N01AX10

R

Denominação genérica	DDD	ATC
rifampicina	0,6 g (O)	J04AB02
risperidona	5 mg (O)	N05AX08
ritonavir	1,2 g (O)	J05AE03

S		
Denominação genérica	DDD	ATC
sais para reidratação oral	NC	V06DA
saquinavir	1,8 g (O)	J05AE01
sinvastatina	15 mg (O)	C10AA01
solução ácida para hemodiálise	NC	V07AB
solução alcalina para hemodiálise	NC	V07AB
solução de iodo composto para teste Schiller	NC	V04CX
solução para diálise peritoneal com glicose 1,5 %	NC	V07AB
solução para diálise peritoneal com glicose 4,25%	NC	V07AB
solução Ringer + lactato	NC	B05BB01
soro antiaracnídico	NC	NC
soro antibotrópico-crotálico	NC	J06AA03
soro antibotrópico-laquélico	NC	J06AA03
soro antibotulínico	NC	J06AA04
soro antidiftérico	NC	J06AA01
soro antielapídico	NC	J06AA03
soro antiescorpiônico	NC	NC
soro antilatrodectus	NC	NC
soro antiloxoscélico	NC	NC
soro anti-rábico	NC	J06AA06
soro antitetânico	NC	J06AA02
succinato de metoprolol	0,15 g (O)	C07AB02
succinato sódico de cloranfenicol	3 g (P)	J01BA01
succinato sódico de hidrocortisona	30 mg (P)	H02AB09
succinato sódico de metilprednisolona	20 mg (P)	H02AB04
sulfadiazina	0,6 g (O)	J01EC02
sulfadiazina de prata	NC	D06BA01
sulfametoxazol + trimetoprima	NC	J01EE01

sulfassalazina	2 g (O)	A07EC01
sulfato de abacavir	0,6 g (O)	J05AF06
sulfato de amicacina	1 g (P)	J01GB06
sulfato de atazanavir	0,3 g (O)	J05AE08
sulfato de atropina	1,5 mg (P)	A03BA01
	NC	S01FA01
sulfato de bário	NC	V08BA01
sulfato de bleomicina	NC	L01DC01
sulfato de cloroquina	0,5 g (P)	P01BA01
sulfato de estreptomicina	1 g (P)	J01GA01
sulfato de gentamicina	NC	S01AA11
	0,24 g (P)	J01GB03
sulfato de hidroxicloroquina	0,516 g (O)	P01BA02
sulfato de magnésio	7 g (P)	A06AD04
	1 g (P)	A12CC02
	NC	B05XA05
sulfato de morfina	30 mg (P)	N02AA01
sulfato de quinina	0,1 g (O)	P01BC01
sulfato de salbutamol	0,8 mg (aerossol) 10 mg (solução)	R03AC02
	12 mg (P)	R03CC02
sulfato de vimblastina	NC	L01CA01
sulfato de vincristina	NC	L01CA02
sulfato de zinco	NC	A12CB01
sulfato ferroso	0,2 g (O)	B03AA07

T		
Denominação genérica	DDD	ATC
teniposídeo	NC	L01CB02
tiabendazol	3 g (O)	P02CA02
tioguanina	NC	L01BB03
tiopental sódico	NC	N01AF03
tiosulfato de sódio	NC	V03AB06
tropicamida	NC	S01FA06
tuberculina (derivado protéico purificado)	NC	V04CF01

V

Denominação genérica	DDD	ATC
vacina BCG	NC	J07AN01
vacina contra coqueluche, tétano e difteria conjugada com <i>Haemophilus</i>	NC	J07CA
vacina contra difteria e tétano	NC	J07AM51
vacina contra difteria, tétano e coqueluche	NC	J07AJ51
vacina contra febre amarela	NC	J07BL01
vacina contra febre tifóide	NC	J07AP02
vacina contra hepatite B	NC	J07BC01
vacina contra influenza	NC	J07BB
vacina contra meningite A e C	NC	J07AH03
vacina contra meningite B e C	NC	J07AH03
vacina contra poliomielite atenuada	NC	J07BF02
vacina contra raiva	NC	J07BG01
vacina contra rubéola, sarampo e caxumba	NC	J07BD52
vacina contra sarampo	NC	J07BD01
vacina meningocócica conjugada do grupo C	NC	J07AH07
vacina oral de rotavírus humano (VORH)	NC	J07BH01
valproato de sódio ou ácido valpróico	1,5 g (O)	N03AG01
varfarina sódica	7,5 mg (O)	B01AA03

Z		
Denominação genérica	DDD	ATC
zidovudina	0,6 g (O, P)	J05AF01
zidovudina + lamivudina	0,24 g (O)	J05AF30

O=oral, P=parenteral, IT=intra-traqueal, T=tópico, TD=transdérmico, NC=nada consta

REFERÊNCIAS

1. BERINGER, P. et al. (Ed.). *Remington: the science and practice of pharmacy*. 21st ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2006. p. 1074
2. BMJ PUBLISHING GROUP. *Clinical Evidence*. London, 2008. Disponível em: <<http://www.clinicalevidence.com/ceweb/index.jsp>>.
3. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 56th ed. London: British Medical Association/The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2008.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. *Lista de medicamentos genéricos registrados por ordem de medicamento de referência: atualizado até o Diário Oficial da União de 18/08/2008*. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/index.htm>>.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. *Formulário nacional*. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2005.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename*. 5. ed. Brasília: editora do Ministério da Saúde, 2007. 286 p.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Formulário Terapêutico Nacional 2008 : Rename 2006: Rename*. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 897 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual dos Centros de Referência para imunobiológicos especiais e suas indicações*. 3. ed. Brasília, 2006. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/livro_cries_3ed.pdf>.
9. BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. L (Ed.). *Goodman& Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 11th ed. New York: McGraw-Hill, 2006.
10. FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. (Ed.). *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA/Ministério da Saúde, 2005.
12. KLASCO, R. K (Ed.). *DISEASEDEX™ Emergency Medicine*. Greenwood Village: Thomson MICROMEDEX, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.
13. KLASCO, R. K (Ed.). *USP-DI® System*. Greenwood Village: Thomson Micromedex, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.
14. KLASCO, R. K (Ed.). *DRUGDEX® System*. Greenwood Village: Thomson Micromedex, 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.
15. MANDELL, G. L.; BENNETT, J. E.; DOLIN R. (Ed.). *Principles and practice of infectious diseases*. 6th ed. New York: Churchill Livingstone, 2005.

16. MCEVOY, G. K. (Ed.). *AHFS Drug Information*. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists, 2007.
17. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS*. Ginebra, 2002. (Selección de Medicamentos Esenciales, n.4). Disponible em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_2002.2_spa.pdf>.
18. MARTINDALE: the complete drug reference. In: MICROMEDEX Healthcare Series. Thomson MicromedexBase de Datos. 2008. Disponible em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.
19. THE COCHRANE Library, Issue 1. Oxford: Update Software, 2006.
20. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO Expert Committee on the Use of Essential Drugs. *WHO model list of essential medicines*. 14th ed. Geneva, 2005. Disponible em: <http://www.whqlibdoc.who.int/hq/2005/a87017_eng.pdf>.
21. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Guideline for management of drug-resistant tuberculosis*. Geneva: WHO, 1997. (WHO/HTM/TB/2006.361).
22. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Model Formulary*. Geneva, 2006.

APÊNDICES

APÊNDICE 1

COMPOSIÇÃO E NUTRIENTES EMPREGADOS EM SOLUÇÕES DE NUTRIÇÃO PARENTERAL

AMINOÁCIDOS PARA USO ADULTO, SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 mg/mL (10%)

Composição	Concentração (g/L)
Aminoácidos totais (g/L)	100
nitrogênio (g/L)	16 - 16,5
Aminoácidos essenciais	
L-leucina	7,3 - 8,9
L-fenilalanina	5,1 - 5,6
L-lisina	5,6 - 6,6
L-metionina	3,8 - 4,3
L-isoleucina	5,0 - 6,0
L-valina	4,8 - 6,2
L-treonina	4,1 - 4,4
L-triptofano	1,8 - 2,0
Aminoácidos condicionalmente essenciais	
L-histidina	3,0 - 5,2
Aminoácidos não-essenciais	
L-alanina	13,7 - 20,7
L-glicina	7,9 - 14
L-arginina	9,2 - 12
L-prolina	6,8 - 15
pH	5,0 - 7,0
Osmolaridade (mOsm/L)	890 - 998

AMINOÁCIDOS PARA USO PEDIÁTRICO, SOLUÇÃO INJETÁVEL 100 mg/mL (10%)

Composição	Concentração (g/L)
Aminoácidos totais (g/L)	100
nitrogênio (g/L)	14,43 - 15,5
Aminoácidos essenciais	

L-leucina	9,5 - 14
L-fenilalanina	4,2 - 4,8
L-lisina	7,09 - 11
L-metionina	2,4 - 4,62
L-isoleucina	6,4 - 8,2
L-valina	7 - 7,8
L-treonina	3,7 - 5,2
L-triptofano	1,8 - 2
Aminoácidos condicionalmente essenciais	
L-histidina	3,8 - 6
L-tirosina	0,3 - 5,49
L-cisteína	0,16 - 2,46
Aminoácidos não-essenciais	
L-alanina	5,4 - 8
L-arginina	6,4 - 12
L-prolina	3 - 16,19
L-serina	3,8 - 9,03
pH	5,0 - 7,0
Osmolaridade (mOsm/L)	780 - 875

LIPÍDIOS EMULSÃO INJETÁVEL 100 mg/mL (10%)

Composição	Concentração (g/100 mL)
óleo de soja (purificado)	5
triglicerídeo cadeia média	5
glicerol	2,5
fosfolípídeo de ovo	0,6 - 0,8
oleato de sódio	0,02 - 0,03
Características	
Densidade calórica (cal/mL)	1,03 - 1,1
Osmolaridade (mOsm/L)	272 - 345
pH	6,5 - 8,5

LIPÍDIOS EMULSÃO INJETÁVEL 200 mg/mL (20%)

Composição	Concentração (g/100 mL)
óleo de soja (purificado)	10
triglicerídeo cadeia média	10
glicerol	2,5
fosfolípídeo de ovo	1,2
oleato de sódio	0,03

Características	
Densidade calórica (cal/mL)	1,91 - 1,95
Osmolaridade (mOsm/L)	173 - 380
pH	6,5 - 8,5

POLIVITAMÍNICO SOLUÇÃO INJETÁVEL

Composição	Concentração
retinol	3300 - 3500 UI
colecalfiferol	200 - 220 UI
acetato de dextroalfatocoferol	10 - 11,2 UI
tiamina	3 - 3,51 mg
riboflavina	3,6 - 4,14 mg
nicotinamida	40 - 46 mg
dexpantenol/ácido pantotênico	15 - 17,25 mg
piridoxina	4 - 6 mg
ácido ascórbico	100 - 200 mg
fitomenadiona	0 - 150 µg
biotina	60 - 69 µg
ácido fólico	400 - 600 µg
cianocobalamina	5 - 6 µg

Obs: solução contendo 5 mL ou 10 mL

POLIVITAMÍNICO PARA USO PEDIÁTRICO SOLUÇÃO INJETÁVEL

Composição	Concentração
retinol	2300 - 2327,27 UI
colecalfiferol	400 UI
acetato de dextroalfatocoferol	7 UI
tiamina	1,2 mg
riboflavina	1,4 mg
nicotinamida	17 mg
dexpantenol	5 mg
piridoxina	1 mg
ácido ascórbico	80 mg
fitomenadiona	0 - 200 µg
biotina	20 µg
ácido fólico	140 µg
cianocobalamina	1 µg

Obs: solução injetável contendo 5 mL ou 10 mL

OLIGOELEMENTO SOLUÇÃO INJETÁVEL

Composição	Concentração
zinco	1 – 2,5 mg
cobre	0,2 – 0,8 mg
manganês	0,1 – 0,4 mg
romo	2 – 10 µg
Volume total	1 mL

OLIGOELEMENTO PARA USO PEDIÁTRICO SOLUÇÃO INJETÁVEL

Composição	Concentração
zinco	0,1 – 0,5 mg
cobre	20 – 100 µg
manganês	6 – 10 µg
romo	0,17 – 1 µg
Volume total	1 mL

**APÊNDICE 2 – MEDICAMENTOS EXCLUÍDOS, INCLUÍDOS E ALTERADOS
(APRESENTAÇÃO E/OU CONCENTRAÇÃO E/OU DOSE) EM RELAÇÃO À RENAME
2006**

MEDICAMENTOS EXCLUÍDOS

Denominação genérica	Apresentação
mesilato de nelfinavir	comprimido 250 mg pó para solução 50mg/mL

MEDICAMENTOS INCLUÍDOS

Denominação genérica	Apresentação
acetato de sódio	solução injetável 2 mEq/mL
alendronato de sódio	comprimido 70 mg
carbonato de cálcio + colecalciferol	comprimido 500 mg + 400 UI
carvedilol	comprimido 3,125mg, 6,25mg, 12,5mg, 25mg
cloridrato de propafenona	comprimido 150 mg e 300 mg solução injetável 3,5 mg/mL
dalteparina sódica	solução injetável 12.500 UI/mL e 25.000 UI/mL
hemitartarato de norepinefrina	solução injetável 2,0 mg/mL
levodopa + benserazida	comprimido 100 mg + 25 mg
losartana potássica	comprimidos 50 mg
nutrição parenteral	Apêndice 1
oxamniquina	suspensão oral 50 mg/mL
risperidona	comprimido 1mg e 3 mg solução oral 1 mg/mL
sulfato de zinco	solução injetável 1 mg/mL solução injetável 200 µg/mL comprimido dispersível 10 mg xarope 4 mg/mL

MEDICAMENTOS ALTERADOS (APRESENTAÇÃO E/OU CONCENTRAÇÃO E/OU DOSE)

Medicamento	Rename 06	Rename 08	Justificativa
albendazol	comprimido dispersível 400 mg	comprimido dispersível 400 mg suspensão oral 40 mg/mL	Inclusão de apresentação pediátrica ou para pacientes com dificuldade de mastigação
antimoniato de meglumina	81 ou 85 mg Sb ⁺⁵	81 mg Sb⁺⁵	Correção da concentração do antimônio pentavalente na preparação. Parte do

			Sb(V) é reduzido, <i>in vivo</i> , a Sb(III) que é a forma mais tóxica, pelo potencial de acúmulo, mas, possivelmente, a mais ativa. Cada ampola de 5 mL do antimoníato de meglumina possui 1,5 g, o que equivale a 405 mg de Sb ⁺⁵ (antimônio pentavalente). Portanto, cada mL da ampola de antimoníato de N-metil glucamina ou antimoníato de meglumina possui 81 mg de Sb ⁺⁵ .
clonazepam	comprimido 0,5 mg e 2mg solução oral 2,5 mg/mL	solução oral 2,5 mg/mL	Adequação de indicação como segunda escolha no tratamento de epilepsia em crianças.
cloridrato de nortriptilina	cápsula de 10 mg, 25 mg e 50 mg	cápsula 10 mg, 25 mg, 50 mg e 75 mg	Adequação posológica.
cloridrato de verapamil	comprimido 80 mg e 120 mg	comprimido 80 mg e 120 mg solução injetável 2,5 mg/mL	Correção de editoração
dicloridrato de quinina	solução injetável 24 mg/mL	solução injetável 300 mg/mL	Adequação a apresentação disponível no mercado.
didanosina	comprimido 25 mg, 100 mg e 400 mg pó para solução oral 2g	comprimido 25 mg e 100 mg, cápsula 250 mg e 400 mg pó para solução oral 4 g	Inclusão de cápsula de 250 mg devido a comodidade posológica, pois é a dose diária indicada para pessoas abaixo de 60 Kg. Inclusão de pó para solução oral 4 g devido a comodidade posológica e facilidade de preparação.
dipropionato de beclometasona	pó, solução inalante ou aerossol 50, 200 µg/dose	pó, solução inalante ou aerossol 50, 200 e 250 µg/dose	Adequação posológica.
dispositivo intra-uterino modelo T	380 mm ² de cobre	dispositivo intra-uterino plástico com cobre modelo T 380 mm²	Adequação à Denominação Comum Internacional
fator de von Willebrand	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI (concentrado de alta pureza; AE>1.000 UI/mg)	pó para solução injetável 450 a 500 UI de concentrado de fator VIII rico em fator de von Willebrand; (AE>1 UI/mg)	Alteração de nomenclatura e concentrações adequadas ao uso racional
fator II de coagulação	pó para solução injetável 500 UI e 600 UI (AE>0,6 UI/mg) complexo	fatores de coagulação II, VII, IX e X em combinação (complexo protrombínico)	Adequação da nomenclatura à composição.

	protrombínico	pó para solução injetável 500 UI a 600 UI de fator IX (AE>0,6 UI/mg)	
fator IIA de coagulação	fator II A coagulação pó para solução injetável 500 UI (concentrado de alta pureza; AE>0,6 UI/mg) complex protrombínico parcialmente ativado	fatores de coagulação II, VIIa, IX, X em combinação – (complexo protrombínico parcialmente ativado) pó para solução injetável 500 UI	Adequação da nomenclatura à composição.
fator IX de coagulação (concentrado)	pó para solução injetável 200 UI, 250 UI e 500 UI (concentração de alta pureza; AE>50 UI/mg)	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI (AE>50 UI/mg)	As apresentações registradas no Brasil são de 250 e 500 UI. Não existe atualmente no mercado a concentração de 200 UI.
fator VII de coagulação	pó para solução injetável 60.000 I, 120.000 UI, 240.000 UI	pó para solução injetável 60 KUI (1,2 mg/frasco), 120 KUI (2,4 mg/frasco) e 240 KUI (4,8 mg/frasco) de fator recombinante de coagulação VII ativado	Adequação da unidade as apresentações comerciais registradas na ANVISA
fator VIII de coagulação	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI; (concentrado de alta pureza; AE= ou >1 UI) AE> 100 UI)	pó para solução injetável 250 UI e 500 UI (AE> 100 UI)	Adequação de unidades ao uso racional
fluconazol	cápsula 100 mg cápsula 150 mg solução injetável 2 mg/mL	cápsula 100 mg e 150 mg solução injetável 2 mg/mL pó para suspensão oral 50 mg/5mL	Adequação de apresentação para uso pediátrico
gliclazida	comprimido de 80 mg	comprimido de 80 mg ou comprimido de liberação controlada 30 mg	O preço médio ao consumidor da gliclazida de liberação controlada é equivalente ao do único produtor de gliclazida de liberação imediata sendo ambas equivalentes terapeuticamente.
glicose	solução injetável 50 mg/mL (5%) solução injetável 500 mg/mL (50%)	solução injetável 50 mg/mL (5%) solução injetável 100 mg/mL (10%) solução injetável 500 mg/mL (50%)	Inclusão de concentração para adequação de terapêutica de nutrição parenteral
levodopa + carbidopa	comprimido 250 mg + 25 mg	levodopa + carbidopa comprimido 250 mg + 25	Adequação ao esquema posológico utilizado na

		mg; 100 mg + 25 mg; 100 mg + 10 mg e 50 mg + 12,5 mg levodopa + benserazida comprimido 100 mg + 25 mg	doença de Parkinson
lipídios	emulsão injetável 100 mg/mL (10%)	lipídios em emulsão (cadeia longa e média) emulsão injetável 100 mg/mL (10%) emulsão injetável 200 mg/mL (20%)	Adequação de nomenclatura e inclusão de concentração para adequação de terapêutica de nutrição parenteral
lopinavir + ritonavir	cápsula 133,3 mg + 33,3 mg solução oral (80 mg + 20 mg)	comprimido (200 mg + 50 mg) solução oral (80 mg + 20 mg)/mL	Adequação de apresentação para comodidade de posologia
mesilato de saquinavir	cápsula de 200 mg	saquinavir cápsula 200 mg	Adequação da nomenclatura à apresentação utilizada
metronidazol	comprimido 250 mg e 400 mg solução injetável 500 mg suspensão oral 40 mg/mL creme vaginal 5%	comprimido 250 mg e 400 mg solução injetável 500 mg suspensão oral 40 mg/mL benzoilmetronidazol gel vaginal 10%	Adequação de apresentação e concentração à disponibilidade do mercado. Adequação da apresentação suspensão à Denominação Comum Brasileira
nitrito de sódio	cápsula 250 mg	solução injetável 30 mg/mL	Adequação ao esquema terapêutico
permetrina	creme 5% loção 1%	loção 1% e 5%	Adequação à apresentação comercial disponível
succinato de metoprolol	comprimido 25mg e 100mg	comprimido de liberação controlada 25mg, 50mg e 100mg	Adequação ao esquema posológico no tratamento da hipertensão arterial sistêmica
succinato sódico de cloranfenicol	pó para solução injetável 500 mg	pó para solução injetável 1 g	Adequação a apresentação disponível no mercado
sulfato de morfina		solução injetável 1 mg/ml e 10 mg/mL	Correção de editoração
sulfato de quinina	comprimido 325 mg	comprimido 500 mg	Adequação a apresentação disponível no mercado

APÊNDICE 3 - RESTRIÇÕES DE USO DE MEDICAMENTOS DA RENAME

RESTRIÇÕES DE USO DE MEDICAMENTOS DA RENAME

(H) Uso hospitalar, compreendendo emprego de medicamentos em pacientes internados ou em pacientes ambulatoriais que necessitam de atendimento especializado ou ainda quando a administração implique risco à saúde.

(R) Uso restrito, conforme os seguintes critérios:

- Medicamentos que são eficazes, mas têm inequívoco potencial de grave risco (ex.: metoclopramida).
- Medicamentos que têm indicações bem específicas, só devendo ser utilizados em circunstâncias definidas (ex.: beractanto na doença da membrana hialina).
- Medicamentos que devem ser indicados por especialistas, em programas específicos (ex.: antineoplásicos, anti-retrovirais).
- Medicamentos que, sob emprego errôneo, percam rapidamente sua eficácia (ex.: antibióticos que se tornam ineficazes pelo surgimento de resistência microbiana adquirida).
- Medicamentos que, em razão de seu elevado custo, devem ser reservados para as indicações em que se constituem tratamento de primeira escolha (ex.: albumina humana no tratamento de grandes queimados etc.)
- Medicamentos psicotrópicos sujeitos a controle especial por causa do potencial de induzir dependência (ex.: opióides e benzodiazepínicos).

A observância desses critérios deve ser regulamentada no plano federal, e, de forma complementar, no plano estadual, municipal e institucional, ressaltando-se o papel das Comissões de Farmácia e Terapêutica e de consensos originados de grupos de especialistas.

CÓDIGOS DE RESTRIÇÃO DE USO DE MEDICAMENTOS

R ¹ - Uso restrito em cirurgias cardiológicas e neurológicas
R ² - Fármaco sujeito a controle especial; Lista C1 (Portaria SVS 344/98)
R ³ - Uso restrito para procedimentos de curta duração
R ⁴ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista A1 (Portaria SVS 344/98)
R ⁵ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista B1 (Portaria SVS 344/98)
R ⁶ - Uso restrito para pacientes que não podem utilizar cloridrato de lidocaína + hemitartrato de

epinefrina
R ⁷ - Fármaco sujeito a controle especial; Lista A2 (Portaria SVS 344/98)
R ⁸ - Uso restrito a unidades de tratamento intensivo em obstetrícia
R ⁹ - Uso restrito em casos de falha terapêutica com corticosteróide
R ¹⁰ - Uso restrito para combate a infecções causadas por bactérias produtoras de betalactamases
R ¹¹ - Uso restrito para tratamento de infecção hospitalar causada por estafilococos resistentes à benzilpenicilina
R ¹² - Uso restrito para infecções com bactérias multi-resistentes adquiridas no hospital
R ¹³ - Uso restrito para tratamento de infecções por microrganismos susceptíveis a cefalosporinas de 1ª geração e para preservar o uso de cefazolina para quimioprofilaxia cirúrgica
R ¹⁴ - Uso restrito para profilaxia de infecção pós-cirúrgica
R ¹⁵ - Uso restrito para tratamento de infecções causadas por bactérias multi-resistentes em neonatos
R ¹⁶ - Uso restrito para infecções por <i>Pseudomonas</i>
R ¹⁷ - Uso restrito para infecções por germes resistentes à gentamicina
R ¹⁸ - Uso preferencial para o tratamento de tracoma, DST e profilaxia para endocardite em pacientes alérgicos a penicilina ou em criança em substituição a clindamicina
R ¹⁹ - Uso preferencial em tratamento de micobacterioses atípicas e erradicação de <i>H. pylori</i> para evitar resistência microbiana ao mesmo.
R ²⁰ - Uso restrito para infecções causadas por <i>Staphylococcus aureus</i> e <i>Staphylococcus epidermidis</i> , resistentes a meticilina e por enterococo resistente
R ²¹ - Uso restrito para tratamento de hanseníase
R ²² - Uso restrito para tratamento de micobacterioses
R ²³ - Uso restrito para tratamento de paracoccidiodomicose e histoplasmose
R ²⁴ - Uso restrito para tratamento de infecções causadas por citomegalovírus
R ²⁵ - Uso restrito sob prescrição em formulário próprio e dispensação no Programa DST/AID do Ministério da Saúde

R ²⁶ - Uso restrito para tratamento de filariase linfática
R ²⁷ - Uso restrito para prescrição e uso em áreas terapêuticas especializadas e programas específicos do Ministério da Saúde
R ²⁸ - Uso restrito para tratamento de toxoplasmose no primeiro trimestre da gestação por prevenir a transmissão ao feto
R ²⁹ - Uso restrito para êmese induzida por fármaco citotóxico
R ³⁰ - Uso restrito em casos de neutropenia grave induzida por fármacos citotóxicos
R ³¹ - Uso restrito para pacientes em tratamento com metotrexato
R ³² - Uso restrito para profilaxia de cistite hemorrágica em pacientes em uso de ciclofosfamida e ifosfamida
R ³³ - Uso restrito para prescrição por especialista para inibição de osteólise em pacientes com doenças onco-hematológicas
R ³⁴ - Uso restrito para prescrição em Nutrição Parenteral
R ³⁵ - Uso restrito à prevenção de pré-eclâmpsia em gestantes
R ³⁶ - Uso em pediatria
R ³⁷ - Uso restrito para prescrição e uso em áreas terapêuticas especializadas
R ³⁸ - Uso restrito para tratamento de encefalopatia de Wernicke associada à desintoxicação alcoólica
R ³⁹ - Uso restrito para casos de pré-eclâmpsia e eclâmpsia
R ⁴⁰ - Uso restrito conforme estabelecido nos protocolos CMDE (Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional)
R ⁴¹ - Uso restrito para tratamento de edema agudo de pulmão
R ⁴² - Uso restrito para tratamento de arritmia aguda
R ⁴³ - Uso restrito para tratamento de taquicardia ventricular aguda
R ⁴⁴ - Uso restrito para paciente adulto
R ⁴⁵ - Uso restrito para casos de urgência hipertensiva

R ⁴⁶ - Uso restrito para casos de crise anginosa
R ⁴⁷ - Uso exclusivo para o tratamento de hipertensão em gestantes
R ⁴⁸ - Uso exclusivo para o tratamento de hipertensão em crianças
R ⁴⁹ - Não recomendado para pacientes com mais de 60 anos, gestantes e aqueles com intervalo QT longo
R ⁵⁰ - Uso restrito para hipertensão refratária
R ⁵¹ - Uso restrito para tratamento de emergência hipertensiva
R ⁵² - Uso restrito para resgate de edema agudo de pulmão em paciente com insuficiência cardíaca congestiva descompensada
R ⁵³ - Uso restrito por ser fármaco vasoativo com necessidade de monitoria durante o uso
R ⁵⁴ - Uso restrito para tratamento de anemia em pacientes portadores de insuficiência renal crônica
R ⁵⁵ - Uso restrito para profilaxia de trombose venosa profunda (TVP) em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e pacientes gravemente doentes com imobilização prolongada ou tratamento da TVP de síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST
R ⁵⁶ - Uso conforme Resolução - RDC Anvisa nº 115, de 10 de maio de 2004.
R ⁵⁷ - Uso restrito choque hipovolêmico na diálise e pós parecentese de grande volume
R ⁵⁸ - Uso restrito para tratamento de infarto agudo do miocárdio ou de embolia pulmonar com repercussão hemodinâmica
R ⁵⁹ - Uso cuidadoso em crianças pela possibilidade de indução de reações extrapiramidais
R ⁶⁰ - Uso restrito para êmese induzida por fármaco citotóxico de alto potencial emetogênico
R ⁶¹ - Uso restrito para casos de encefalopatia hepática
R ⁶² - Uso na doença inflamatória intestinal
R ⁶³ - Uso restrito como alternativa para o tratamento da asma aguda grave em crianças incapazes de reter a forma oral
R ⁶⁴ - Uso restrito em unidades de tratamento intensivo em neonatologia
R ⁶⁵ - Uso restrito a pacientes idosos

R ⁶⁶ - Fármaco sujeito a controle especial por potencialmente induzir abuso e (ou) dependência; Lista C5 (Portaria SVS 344/98)
R ⁶⁷ - Uso restrito para contracepção de emergência
R ⁶⁸ - Uso restrito como tocolítico
R ⁶⁹ - Uso restrito para lactantes HIV positivas e outros casos especiais
R ⁷⁰ - uso restrito para pacientes com insuficiência renal
R ⁷¹ - Aplicação por médico
R ⁷² - Uso restrito para dor ocular aguda por causas externas e procedimentos cirúrgicos
Δ - Fórmula recomendada pela OMS – 15ª Lista Modelo, março 2007
FN - Formulário Nacional

ANEXOS

ANEXO A

PORTARIA N.º 1.254, DE 29 DE JULHO DE 2005 (*)

Constitui Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Comare.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e:

Considerando a prioridade contida no item 4.1 da Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria n.º 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, publicada no Diário Oficial da União do dia 10 de novembro subsequente, a qual recomenda a revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename);

Considerando o eixo estratégico contido no art. 2º, inciso VII, da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS n.º 338, de 6 de maio de 2004, o qual aponta a utilização da Rename, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica;

Considerando o disposto no art. 2º, da Portaria n.º 1.587, de 3 de setembro de 2002, publicada no Diário Oficial da União do dia 5 de setembro de 2002, que aprova a revisão periódica e a atualização permanente da Rename;

Considerando o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, publicado em 2005, o qual adotou e aprovou a revisão periódica e a implementação da Rename como proposta dentre outras que compõem o eixo temático “Acesso à Assistência Farmacêutica: a Relação dos Setores Público e Privado de Atenção à Saúde; e

Considerando a necessidade de estabelecimento de processo permanente de atualização da Rename de modo a adequá-la à dinâmica do quadro nosológico do País, à evolução científica e tecnológica na área farmacêutica e às questões de eficiência administrativa, resolve:

Art. 1º Constituir a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Comare), a ser coordenada pelo Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e integrada por um representante dos seguintes órgãos, entidades e instituições:

I - Ministério da Saúde;

a) Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;

b) Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos;

c) Agência Nacional de Vigilância Sanitária;

- d) Secretaria de Atenção à Saúde;
- e) Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz; e
- f) Instituto Nacional de Câncer;
- II - Conselho Nacional de Secretários de Saúde;
- III - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde;
- IV - Associação Médica Brasileira;
- V - Conselho Federal de Farmácia;
- VI - Conselho Federal de Medicina;
- VII - Sociedade Brasileira de Vigilância Sanitária de Medicamentos;
- VIII - Sociedade Brasileira de Farmacologia e Terapêutica Experimental; e
- IX - Sociedade Brasileira de Medicina Tropical.

Parágrafo único. As seguintes entidades serão convidadas a indicar um representante para compor a Comissão: Universidade de Brasília, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Federal de Minas Gerais, Universidade Federal do Estado de São Paulo, Universidade de São Paulo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e Universidade Federal de Santa Catarina.

Art. 2º A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da Comissão de que trata o art. 1º serão definidos em regimento interno a ser aprovado por ato do Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde.

Parágrafo único. Subcomissões poderão ser criadas por sugestão da Comare, após análise e aprovação desta Comissão.

Art. 3º A Secretaria-Executiva da Comare será exercida pela Coordenação-Geral de Acompanhamento, Monitoramento e Avaliação da Qualidade de Produtos e Serviços Farmacêuticos, do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos, da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, e terá a função de organizar as atividades administrativas, visando à agilização dos trabalhos da Comissão, e de encaminhar outros assuntos de rotina que não necessitem da convocação de seus membros.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

(*) Republicada por ter saído no DOU nº 146, de 1º/8/2005, Seção 1, página 73, com incorreção no original.

ANEXO B

PORTARIA N.º 1, DE 22 DE JANEIRO DE 2008

O Secretário de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde, considerando a disposição do Artigo 2º, da Portaria GM nº 1.254, de 29 de julho de 2005 (Diário Oficial da União - 01 de agosto de 2005), que prevê a definição do Regimento Interno para estabelecer as competências, organização e funcionamento da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - COMARE, resolve:

Artigo 1º - Aprovar o Regimento Interno da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - COMARE, constante do ANEXO 1.

Parágrafo Único - A natureza, as competências, a composição e o funcionamento da COMARE devem adequar-se à Política Nacional de Medicamentos e ao inciso 7 do artigo 2º da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS nº 338, de 6 de maio de 2004, que recomenda "a utilização da RENAME, atualizada periodicamente, como instrumento racionalizador das ações no âmbito da assistência farmacêutica".

Artigo 2º - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

REINALDO GUIMARÃES

ANEXO 1

REGIMENTO INTERNO DA COMISSÃO TÉCNICA E MULTIDISCIPLINAR DE ATUALIZAÇÃO DA RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS - COMARE

CAPÍTULO I

DA NATUREZA E FINALIDADE

Artigo 1º - A Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (COMARE), criada pela Portaria GM nº 1.254, de 29 de julho de 2005, é uma instância colegiada, de natureza consultiva e educativa, de caráter permanente, vinculada ao Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos do Ministério da Saúde - DAF/SCTIE/MS.

Artigo 2º - A COMARE tem por finalidade realizar avaliação sistemática da relação dos medicamentos e demais produtos farmacêuticos que devem constar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e indicar as alterações necessárias, com o propósito de

selecionar aqueles mais adequados para atender às necessidades de assistência à saúde da maioria da população.

Parágrafo Único - Para atender o disposto no caput deste artigo, a COMARE deverá adotar os seguintes critérios de seleção dos medicamentos/produtos:

I - registro no país em conformidade com a legislação sanitária;

II - necessidade segundo aspectos epidemiológicos;

III - valor terapêutico comprovado, com base na melhor evidência em seres humanos destacando segurança, eficácia e efetividade;

IV - composição preferentemente com única substância ativa, admitindo-se, apenas em casos especiais, combinações em doses fixas;

V - o princípio ativo conforme Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, Denominação Comum Internacional (DCI);

VI - informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas;

VII - custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

VIII - menor custo do tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardadas segurança, eficácia e qualidade;

IX - concentrações e formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações, considerando:

a) comodidade para a administração aos pacientes;

b) faixa etária;

c) facilidade para cálculo de dose a ser administrada;

d) facilidade de fracionamento ou multiplicação de doses;

e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso;

X - primeira e segunda linhas de tratamento.

CAPÍTULO II

DAS COMPETÊNCIAS

Artigo 3º - Compete à Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da RENAME:

I - avaliar a adequação de cada medicamento e produto farmacêutico constantes da RENAME, bem como a conveniência da inclusão ou exclusão de produtos, utilizando os critérios definidos no Artigo 2º deste Regimento, em razão de novos conhecimentos científicos e técnicos, resultantes de experiências terapêuticas ou administrativas no campo dos medicamentos;

II - receber, por meio do formulário (Anexo 2), para a solicitação de revisão da RENAME, propostas de alteração da relação;

III - quando necessário, consultar técnicos, especialistas, nacionais ou estrangeiros, resguardados impedimentos legais, no intuito de constituir grupos técnicos assessores de trabalho (GTAT), para avaliação de questões específicas;

IV - propor à Agência Nacional de Vigilância Sanitária prioridades em relação à regulação de medicamentos e/ou produtos constantes na RENAME;

- V - apresentar propostas para elaboração e edição do Formulário Terapêutico Nacional (FTN);
- VI - propor estratégias de divulgação, adoção e avaliação do uso da RENAME e do FTN nos serviços de saúde;
- VII - assessorar comissões símiles estaduais ou municipais;
- VIII - propor, acompanhar e analisar estudos farmacoepidemiológicos relacionados à RENAME;
- IX - identificar necessidades farmacoterapêutica de substâncias ativas e apresentações farmacêuticas sem registro no país e recomendar sua produção.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO DA COMARE

Artigo 4º - Compõem a COMARE:

I - Colegiado

II - Secretaria Executiva

III - Grupos técnicos assessores de trabalho (GTAT)

Seção 1

DO COLEGIADO

Artigo 5º - O Colegiado é o fórum incumbido de deliberar sobre todos os aspectos atinentes à revisão permanente e edição da RENAME e de seu Formulário Terapêutico Nacional, bem como a criação de subcomissões adstritas à sua composição, quando necessário.

Artigo 6º - Aos membros do Colegiado cabe:

I - zelar pelo pleno desenvolvimento das atribuições da COMARE;

II - analisar, nos prazos preestabelecidos, matérias que lhes forem distribuídas;

III - apreciar e deliberar sobre matérias submetidas à Comissão;

IV - constituir subcomissões;

V - sugerir a convocação de GTAT para a análise temporária de matérias que julgar pertinente, e

VI - requerer análise de fármaco em regime de urgência, respeitados exigências e prazos mínimos necessários à apreciação da revisão.

Subseção 1

DA COMPOSIÇÃO DO COLEGIADO

Artigo 7º - O Colegiado da COMARE terá composição multidisciplinar, com um coordenador e no máximo de 22 (vinte e dois) membros, indicados por órgãos, entidades e instituições, de acordo com as disposições do Ministério da Saúde em relação à matéria, considerando competências técnico-científicas nas áreas: de farmacologia clínica, de saúde pública (políticas farmacêuticas, avaliação econômica de medicamentos e farmacoepidemiologia), de medicina clínica, de pesquisa em medicina baseada em evidências (métodos de revisão sistemática, desenvolvimento de diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos), de avaliação de tecnologia em saúde (gerência de risco e análise de custo-efetividade), química medicinal, tecnologia farmacêutica e assistência farmacêutica. Entende-se por competência técnico-científica nas áreas mencionadas a:

produção científica e inserção profissional nas atividades relacionadas. Além disso, deve os membros do colegiado explicitar a isenção de conflito de interesses.

Artigo 8º - O coordenador da COMARE, designado pelo DAF/SCTIE/MS tem como atribuição a coordenação e o acompanhamento dos trabalhos de revisão da Rename e de seu Formulário Terapêutico Nacional; a convocação das reuniões ordinárias e extraordinárias; a interlocução intra e extrasetorial, a distribuição para análise, entre os membros, das solicitações de revisão da Rename; a distribuição, entre os membros, das atividades necessárias à revisão da Rename e à elaboração do FTN; a constituição, com os demais membros, de subcomissões ou GTAT; a coordenação e o acompanhamento do processo de distribuição, divulgação, adoção e avaliação do uso da Rename e do FTN.

Parágrafo Primeiro - Se for necessária à substituição do coordenador, até nova designação o DAF/SCTIE/MS indicará um coordenador interino do Colegiado, de forma a não prejudicar o andamento dos trabalhos.

Artigo 9º - Das 22 instituições participantes, oito pertencem ao Ministério da Saúde (DECIT/SCTIE; DAF/ SCTIE; DES/SCTIE; SE; ANVISA; SAS; ENSP/Fiocruz; INCA), duas são instâncias de representação do Sistema Único de Saúde (CONASS e CONASEMS), e têm assento permanente.

Parágrafo Primeiro - Consideram-se representantes natos os órgãos do Ministério da Saúde e as instâncias do SUS mencionadas e seus membros poderão ser renovados de acordo com necessidades institucionais.

Parágrafo Segundo – O perfil dos membros que representam as oito instâncias do Ministério da Saúde e do Sistema Único de Saúde está descrito no quadro abaixo.

INSTÂNCIA	COMPETÊNCIAS DA REPRESENTAÇÃO
DAF	Políticas farmacêuticas e gerência ou logística da SCTIE
DES	Fomento à produção farmacêutica e custo-efetividade de tratamentos farmacológicos
DECIT	Avaliação de tecnologia em saúde
SAS	Saúde pública ou medicina baseada em evidência ou avaliação de tecnologia em saúde ou medicina clínica
ENSP	Saúde pública, assistência farmacêutica, medicina baseada em evidência e avaliação de tecnologia em saúde.
INCA	Medicina clínica e medicina baseada em evidências
ANVISA	Avaliação de tecnologia em saúde ou medicina baseada em evidências
CONASS	Gestão da Assistência Farmacêutica
CONASEMS	Gestão da Assistência Farmacêutica

Artigo 10º - Participam também da COMARE duas entidades de representação de profissionais de saúde ou associação médica brasileira ou conselho profissional de Medicina e de

Farmácia, duas sociedades científicas e oito universidades/instituições, convidadas pelo DAF/SCTIE/MS conforme as competências técnico-científicas referidas no Art. 7º.

Parágrafo primeiro - Estas entidades terão mandato de dois anos, com possibilidade de renovação por mais um período. O grupo de Universidades/Conselhos Profissionais e Sociedades Científicas será renovado em 50%, a cada dois anos.

Parágrafo segundo - As novas universidades serão convidadas a participar da Comare de acordo com a base de dados do DAF/SCTIE/MS de modo que se atenda, no momento da seleção, as competências previstas no artigo 7º deste regimento e necessidades identificadas pela Comare.

Artigo 11 - A representação na Comare deverá ocorrer por meio de indicação formal de um nome, pelo órgão, entidade ou instituição, encaminhada diretamente ao DAF/SCTIE/MS.

Parágrafo Primeiro - As indicações recebidas serão comunicadas à Secretaria Executiva da COMARE, para providências administrativas necessárias.

Parágrafo Segundo - Não será permitido acúmulo de indicação de instituição quanto à representação.

Parágrafo Terceiro - Sempre que constatada a inobservância das atribuições inerentes ao membro da Comare, bem como o descumprimento deste Regimento, a Comissão solicitará sua substituição.

Artigo 12 - Será desligado, a critério da COMARE, o membro que deixar de comparecer a duas reuniões consecutivas;

Parágrafo Primeiro - O membro que não comparecer a pelo menos metade das reuniões anuais será automaticamente desligado e solicitado sua substituição pela Secretaria Executiva da Comare;

Parágrafo Segundo - A substituição de membro representante de instituição permanente será feita por meio de indicação formal de novo representante pela instituição, respeitando o perfil mencionado anteriormente;

Parágrafo Terceiro - A substituição de membro representante de instituição não permanente que consta no Artigo 10 será realizada a critério do DAF/SCTIE/MS, ouvidas as necessidades da COMARE.

Artigo 13 - Será requerido ao DAF/SCTIE/MS o desligamento da entidade cujo representante não participe de trinta por cento das reuniões de cada semestre. Na seqüência, sua substituição será sugerida com base em lista enviada pela COMARE;

Artigo 14 - A Comare pode propor a inclusão de entidades para compor o quadro de representantes segundo necessidades de competência técnico-científica.

Seção 2

DA SECRETARIA EXECUTIVA

Artigo 15 - A Coordenação da Secretaria Executiva da COMARE será exercida por um Coordenador Executivo, designado pelo DAF/SCTIE/MS e pessoa de apoio técnico e administrativo.

Artigo 16 - Cabe à Secretaria Executiva:

I - Promover a articulação com as áreas técnicas do Ministério da Saúde para a realização das atividades pertinentes à COMARE;

II - Coordenar atividades de grupos, áreas técnicas e consultores para a realização de análises e atividades de interesse da COMARE;

III - Coordenar atividades de Grupos Técnicos para a discussão e a elaboração de pareceres sobre temas de interesse da COMARE.

Artigo 17 - Atividades comuns da Secretaria Executiva:

I. Oferecer condições técnico-administrativas para o cumprimento das competências da COMARE previstas no art. 2º deste Regimento Interno;

II. Apresentar ao Colegiado, na última reunião ordinária do ano, a proposta do calendário anual das reuniões ordinárias da Comissão para o ano seguinte;

III. Convocar as reuniões do Colegiado, enviando aos membros da Comissão, com antecedência mínima de 15 dias, a pauta da reunião;

IV. Proceder à organização dos temas da ordem do dia das reuniões, obedecidos os critérios de prioridade determinados pelo Colegiado;

V. Deixar a disposição dos representantes da Comissão, para consulta a qualquer hora, inclusive na reunião de apresentação e deliberação da matéria, o processo de solicitação original com toda documentação pertinente anexada;

VI. Acompanhar as reuniões do Colegiado, assistir ao Coordenador da Comare e aos representantes do Colegiado;

VII. Obter assinatura bem como proceder à análise inicial de Termo de Declaração de Interesses (Anexo 3), a todos os membros, pareceristas, consultores, previamente à participação dos mesmos em reuniões do Colegiado;

VIII. Dar encaminhamento formal às deliberações do Colegiado;

IX. Receber o protocolo e proceder à análise inicial das solicitações de revisão da Rename;

X. Zelar pelo cumprimento dos prazos de trâmite das matérias a ser examinadas pela COMARE;

XI. Encaminhar ofício ao interessado contendo informações sobre análise inicial do material protocolado, caso o preenchimento do formulário previsto no ANEXO 2 deste Regimento Interno esteja incorreto, inadequado ou insatisfatório;

XII. Proceder à abertura de processo e numeração de páginas para cada solicitação protocolada, mantendo a guarda e trâmite do processo original sob sua responsabilidade;

XIII. Apensar todos os documentos originados após o protocolo e no âmbito das atividades da Comissão ao processo original;

XIV. Prestar, por meio de correspondência oficial, informações sobre o trâmite de processos protocolados, desde que formalmente solicitadas;

XV. Organizar seminários, oficinas de trabalho, mesas-redondas, painéis e outros com o objetivo de congregar áreas do conhecimento, visando subsidiar o exercício das competências da Comissão;

XVI. Acompanhar o encaminhamento dado às recomendações emanadas da COMARE, mantendo informada a Comissão;

XVII. Enviar aos representantes da COMARE cópia das atas aprovadas, deliberações, homologações publicadas no DOU e outros documentos que lhe forem solicitados.

XVIII. Promover e praticar todos os atos de gestão técnica e administrativa necessários ao desenvolvimento das atividades da Comissão;

XIX. Submeter ao Colegiado, relatório das atividades da COMARE do ano anterior, no primeiro trimestre de cada ano;

XX. Exercer outras atribuições que lhe sejam delegadas pelo Colegiado.

Seção 3

DO GRUPO TÉCNICO ASSESSOR DE TRABALHO(GTAT)

Artigo 18 - O Grupo Técnico Assessor de trabalho (GTAT) da COMARE é o grupo ad hoc, sob coordenação da Secretaria Executiva da COMARE, constituído por membros temporários, de acordo com as necessidades identificadas pelo Colegiado, para subsidiar análises de temas específicos de medicamentos ou produtos farmacêuticos, com funções de:

- I. Elaborar parecer técnico-científico sobre tema específico de medicamento ou produto farmacêutico demandado pelo Colegiado, na forma de relatório em que conste recomendação para encaminhamento;
- II. Realizar outras atividades técnicas e avaliações por demanda do Colegiado;

Parágrafo único - Os membros temporários do GTAT devem assinar o termo de declaração de interesse, conforme ANEXO 3.

Artigo 19 - Os membros do GTAT, quando convocados, devem participar das reuniões do Colegiado, tendo direito à voz desde que solicitado por membro da Comissão.

Seção 4

DO TERMO DE DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Artigo 20 - Os integrantes do Colegiado devem assinar, quando de sua indicação pela instituição que representa, o termo de declaração de interesses, ANEXO 3 deste regimento, no ingresso na COMARE e sempre que for solicitado ou que haja mudança quanto a declaração de seus interesses iniciais. A COMARE examinará previamente a possibilidade de impedimentos de participação deste membro, ANEXO 4. Na existência de conflitos de interesse considerados importantes, uma comunicação da COMARE será enviada à instituição que o membro representa e esta indicará um substituto. Nos casos de segunda indicação de um membro que tenha conflitos de interesse considerados importantes, caberá à COMARE avaliar a substituição da instituição.

Parágrafo primeiro - Entende-se por impedimento a existência de situações objetivas que comprometam os princípios de independência e imparcialidade, indispensáveis às ações da COMARE. Casos de impedimento são aqueles considerados conflitos de interesses importantes constantes no ANEXO 4. Outros casos de impedimento considerarão critérios de risco de conflitos de interesses segundo ANEXO 4, a ser examinados pela COMARE.

Parágrafo Segundo - Durante os trabalhos da comissão qualquer situação que configure possível conflito de interesse deve ser declarada pelo membro, que se absterá de participar da atividade específica.

CAPÍTULO IV

Seção 1

DO FUNCIONAMENTO DA COMARE

Artigo 21 - A COMARE reunir-se-á, ordinariamente, uma vez a cada mês e extraordinariamente por convocação de sua Secretaria Executiva ou por requerimento da maioria simples dos seus membros.

Artigo 22 - As sessões da COMARE serão iniciadas com a presença mínima de oito de seus membros, e decorridos, no máximo, trinta minutos da hora marcada, inexistindo quórum, serão instalados os trabalhos com os membros presentes. O encaminhamento de votações requer quórum de maioria simples do Colegiado;

Parágrafo único - Na ausência do coordenador, as reuniões do Colegiado serão conduzidas por um dos membros, escolhido pelos presentes por meio de votação.

Artigo 23 - Cada membro presente tem direito a um voto;

Artigo 24 - Na impossibilidade de consenso, as decisões da COMARE serão deliberadas pela maioria simples do total de membros presentes, esgotados argumentos com base em provas científicas;

Artigo 25 - As reuniões da Comare serão registradas em atas, cuja elaboração ficará a cargo de sua Secretaria Executiva, em que constem os membros presentes, os assuntos debatidos e as decisões emanadas.

Seção 2

DO FLUXO E RECEBIMENTO DE PEDIDOS DE SOLICITAÇÃO E REVISÃO DA RENAME

Artigo 26 - O processo de revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais dar-se-á por solicitação de inclusão, exclusão, substituição ou alteração de fármacos, forma ou concentração farmacêuticas, por meio de dois fluxos: o primeiro será por solicitação de pessoas ou instituições públicas ou privadas; o segundo será por iniciativa dos membros da COMARE.

Parágrafo primeiro - Qualquer pessoa natural ou jurídica, de direito público ou privado, ou instituição do poder público é considerada legítima para encaminhar à COMARE solicitação de revisão da RENAME.

Parágrafo segundo - A solicitação de inclusão, exclusão, substituição ou alteração de fármacos, forma ou concentração farmacêuticas, proveniente de pessoas ou instituições públicas ou privadas será realizada por meio do Formulário para Solicitação de Revisão da RENAME (ANEXO 2), disponível na página eletrônica do DAF. Só serão aceitas as solicitações cujos itens considerados obrigatórios estiverem corretamente preenchidos e seguirão o Fluxograma de Parecer para Solicitações Externas à Comare constante no ANEXO 5, disponível na página eletrônica do DAF.

Parágrafo terceiro - As solicitações de inclusão, exclusão, substituição ou alteração de fármacos, forma ou concentração farmacêuticas serão analisadas pelos membros da Comare de acordo com o Fluxograma de Parecer para Revisão pelos Membros da Comare constante no ANEXO 6, disponível na página eletrônica do DAF.

Parágrafo quarto - A análise das solicitações de inclusão, exclusão, substituição ou alteração de fármacos, forma ou concentração farmacêuticas, referentes aos parágrafos anteriores, seguirão o Guia de Análise das Solicitações de Atualização da RENAME, segundo ANEXO 7, disponível na página eletrônica do DAF.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES GERAIS

Artigo 27 - A COMARE poderá organizar reuniões de trabalho ou outras atividades que congreguem áreas de conhecimento e tecnologia, visando subsidiar o exercício de suas competências.

Artigo 28 - Este Regimento Interno entrará em vigor na data da sua publicação, só podendo ser modificado por quórum de maioria simples dos membros do Colegiado.

Artigo 29 - Os casos omissos e as dúvidas surgidas na aplicação deste Regimento Interno serão objeto de discussão e deliberação do Colegiado da COMARE.

Artigo 30 - Ficam revogadas as disposições em contrário.

ANEXO C

PARECERES DE EXCLUSÃO, INCLUSÃO E ALTERAÇÃO DE APRESENTAÇÃO E/OU CONCENTRAÇÃO E/OU DOSE E/OU USOS TERAPÊUTICOS

I. PARECER DE EXCLUSÃO

MESILATO DE NELFINAVIR

O nelfinavir é um inibidor da protease (IP) usado em associação com outros anti-retrovirais no tratamento da Aids. Os IP apresentam uma potente ação anti-HIV e a introdução clínica a partir de 1996 foi uma das principais razões para as quedas substanciais na mortalidade e morbidade associada com a infecção por HIV no mundo desenvolvido.¹ Após a introdução da terapia à base de inibidores da protease, relatórios sobre anormalidades no perfil lipídico começaram a aparecer na literatura. Embora a etiologia da dislipidemia possa ser multifatorial, ficou claro que a terapia anti-retroviral desempenhou um papel importante aumentando a incidência de anomalias mais graves.² Os IP são comumente associados a dislipidemia, lipohipertrofia e resistência à insulina, sendo que parece haver diferenças quanto à gravidade da síndrome entre medicamentos da mesma classe.^{3,4,5,6,7} Estudo duplo-cego comparando atazanavir com nelfinavir demonstrou aumento significativo de todos os parâmetros lipídicos nos pacientes que receberam nelfinavir. O colesterol total, LDL e triglicérides aumentaram 25%, 23% e 50%, respectivamente, naqueles que receberam nelfinavir; enquanto os pacientes tratados com atazanavir obtiveram aumentos de 5 a 6% para o colesterol total, 5 a 7% para LDL e 7 a 8% para os triglicérides.⁸ Os riscos do tratamento de longo prazo ainda não estão completamente esclarecidos, o que causa grande preocupação e evidencia a necessidade de estudos a fim de desenvolver estratégias de prevenção e tratamento⁵. As taxas de transmissão vertical do HIV caíram para níveis de zero a 2% por meio de intervenções preventivas, dentre elas o uso de anti-retrovirais combinados. As recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes mantinha como escolha o nelfinavir combinado com zidovudina e lamivudina nas grávidas com idades gestacionais inferiores a 28 semanas, com imunodepressão mais acentuada e carga viral elevada.⁹ Em julho de 2007 o Ministério da Saúde do Brasil, por meio de nota técnica nº 109/07 divulgou o recolhimento pelo laboratório Roche, na Europa e em outras regiões do mundo, de todos os lotes do mesilato de nelfinavir, em pó e em comprimido e orientou a substituição deste fármaco.¹⁰ Em setembro do mesmo ano, a Food and Drug Administration (FDA) e a fabricante americana do nelfinavir emitiram um aviso (advertência) com respeito à presença de pequenas quantidades de metanossulfonato de etila (EMS), uma impureza do mesilato de nelfinavir gerada durante o processo de manufatura. O EMS é um carcinógeno animal, mutagênico e teratogênico. Não há dados sobre esses efeitos em humanos e nem informações sobre sua habilidade de atravessar a placenta. Por causa do risco desconhecido do EMS sobre o feto, a FDA está recomendando que

mulheres grávidas não se exponham ao fármaco durante a gravidez, enquanto o fabricante e a FDA trabalham na redução dos níveis de EMS nos produtos do nelfinavir.^{11,12} Devido à indisponibilidade do fármaco, efeitos adversos e potencial risco teratogênico recomenda-se a exclusão do nelfinavir.

Referências

1. WELLER, I. V.D.; WILLIAMS, I.G. ABC of AIDS: Antiretroviral drugs. *BMJ*, v. 322, p. 1410-1412, 2001.
2. DUBE, M.; STEIN, J.; ABERG, J. et al. Guidelines for the evaluation and management of dyslipidemia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults receiving antiretroviral therapy: recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Disease Society of America and the Adult AIDS Clinical Trials Group. *Clin. Infect. Dis.*, v. 37, p.613-627, 2003.
3. CARR, A. HIV lipodystrophy: risk factors, pathogenesis, diagnosis and management. *AIDS*, v. 17, suppl 1, s141-s148, 2003.
4. BARTLETT, J.; GALLANT, J. *Medical management of HIV infection, 2003*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University, 2003. p. 82-95.
5. MOYLE, G. J.; BALDWIN, C.; LANGROUD, B. et al. A 48-week, randomized, open-label comparison of three abacavir-based substitution approaches in the management of dyslipidemia and peripheral lipoatrophy. *J. Acquir. Immune Defic. Syndr.*, v. 33, n. 1, p. 22-28, 2003.
6. GRUNFELD, C.; TIEN, P. Difficulties in understanding the metabolic complications of acquired immune deficiency syndrome. *Clin. Infect. Dis.*, v. 37, suppl 2, p. s43-s46, 2003.
7. DOMINGO, P.; SAMBEAT, M.A.; PEREZ, A. et al. Fat distribution and metabolic abnormalities in HIV-infected patients on first combination antiretroviral therapy including stavudine or zidovudine: role of physical activity as a protective factor. *Antivir. Ther.*, v. 8, n. 3, p. 223-231, 2003.
8. CURRIER, J. Pathogenesis and epidemiology of metabolic abnormalities. HIV/AIDS Update. Disponível em: <<http://www.medscape.com/viewarticle/441490>>. Acesso em: 15 nov. 2003.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestante*. Brasília, 2006. 160p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST/AIDS, nota técnica nº. 109/07, de 11 de julho de 2007*. Brasília, 2007.
11. PANEL on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents. Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents. Department of Health and Human Services. January 29, 2008; 1-128. Disponível em: <<http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>>. Acesso em: 4 abr. 2008.
12. AIDSinfo. Public Health Service Task Force. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States. Revisions to the November 2, 2007. Disponível em: <<http://AIDSinfo.nih.gov>>.

II. PARECERES DAS INCLUSÕES

ACETATO DE SÓDIO

Ver parecer sobre nutrição parenteral.

ALENDRONATO DE SÓDIO

A osteoporose ocorre freqüentemente em mulheres no período pós-menopausa e em pacientes que usam corticosteróides por períodos prolongados. Os fatores de risco para a osteoporose incluem o baixo peso corporal, tabagismo, excesso de ingestão de álcool, vida sedentária, história familiar de osteoporose e menopausa precoce¹. Segundo o Clinical Evidence²

existe um benefício definido do uso de alendronato, um bifosfonado, na prevenção de fraturas osteoporóticas, assim como com o hormônio da paratireóide, risedronato e ranelato de estrôncio. O British National Formulary¹ estabelece que os bifosfonados sejam recomendados na prevenção secundária de fraturas osteoporóticas em mulheres em período pós-menopausa suscetíveis a fraturas, sendo que os outros fármacos devem ser usados quando a paciente não pode utilizar o bifosfonado ou quando este não apresenta melhora no tratamento. Uma revisão sistemática de 2008³ sobre o alendronato na prevenção primária e secundária de fraturas osteoporóticas na pós-menopausa (n= 12.068 mulheres), concluiu que 10 mg/dia proporciona redução, estatisticamente significativa, na prevenção secundária de fraturas vertebrais e não vertebrais (quadril e pulso) e na prevenção primária de fraturas vertebrais. Da mesma forma, Wannmacher⁴ refere que em prevenção primária de pessoas com baixo risco devem-se adotar medidas não medicamentosas, porém em pacientes com risco mais grave indica-se a terapia com medicamentos mais eficazes. Os efeitos adversos do alendronato são: reações esofágicas (esofagite, úlcera, erosão), distensão e dor abdominal, dispepsia, regurgitação, diarreia ou constipação, flatulência, dor músculo-esquelética, cefaléia; raramente tem-se *rash* cutâneo, prurido, eritema, fotossensibilidade, uveíte, diminuição transitória do cálcio e fosfato sérico, náusea, vômito, gastrite, úlcera péptica, reações de hipersensibilidade e mialgia¹. Um estudo de 2008 alerta para o risco aumentado de fibrilação atrial em mulheres que fizeram uso de alendronato⁵. O alendronato está presente em 57 produtos farmacêuticos nas concentrações de 10 e 70 mg. Considerando a prevalência da osteoporose na população e o grau de evidência do alendronato na prevenção e tratamento da osteoporose pós-menopausa, recomenda-se a inclusão do alendronato de sódio comprimido 70 mg na Rename.

Referências

1. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 54th. ed. London: BMJ Publishing Group and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
2. MOSEKILDE, L.; VERTESGAARD, P.; LANGDAHL, B. *Clinical Evidence* 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com>>. Acesso em: 25 mar. 2008.
3. WELLS, G. A. et al. Alendronate for the primary and secondary prevention of osteoporotic fractures in postmenopausal women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 1, 2008. DOI: 10.1002/14651858.CD001155.pub2
4. WANNMACHER, L. A eficácia de cálcio e vitamina D na prevenção de fraturas ósseas. *URM: Temas Seleccionados*. v. 2. n. 10. Brasília: OPAS/MS; setembro 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/urm>>.
5. HECKBERT, S. R.; LI, G.; CUMMINGS, S. R. et al. Use of alendronate and risk of incident atrial fibrillation in women. *Arch. Intern. Méd.*, v. 168, p. 826-831, 2008.

CARBONATO DE CÁLCIO + COLECALCIFEROL

Segundo a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia não existem dados de prevalência da osteoporose no Brasil, mas nos EUA a osteopenia e a osteoporose atingem, respectivamente, 40 e 72% das mulheres negras e brancas acima dos 50 anos¹. A associação de cálcio mais vitamina D tem benefício provável na prevenção de fraturas osteoporóticas². Revisão de 2006³ incluindo 10.376 idosos verificou que a suplementação de cálcio e vitamina D promoveu redução marginal de fratura de quadril e de outras fraturas não vertebrais à exceção de pacientes com história de fratura prévia de quadril. Houve benefício em pacientes institucionalizados (n = 3.853 idosos) tanto em fratura de quadril quanto em outras não-vertebrais, não evidenciado nos pacientes vivendo em comunidade. Não foi observada eficácia preventiva em fraturas vertebrais. A suplementação de cálcio e vitamina D tem um papel preventivo na redução de fraturas osteoporóticas e para pacientes em risco, principalmente idosos institucionalizados⁴. Na prevenção primária de pessoas com baixo risco deve-se adotar medidas não medicamentosas. Em pacientes idosos institucionalizados, com estado de deficiência de vitamina D e sem história prévia de fratura,

a associação de cálcio e vitamina D deve ser considerada. Em pacientes com maior risco deve-se indicar a terapia com outros medicamentos mais eficazes⁵. Em diversos estudos² os análogos de vitamina D, alfacalcidol e calcitriol mostraram-se superiores na prevenção de fraturas vertebrais e não-vertebrais quando comparados ao uso isolado de cálcio ou de vitamina D. Os análogos de vitamina D, alfacalcidol e calcitriol são derivados hidroxilados e devem ser usados nos casos de insuficiência renal grave, pois a vitamina D requer hidroxilação por via renal para ser ativa⁴. Os efeitos adversos da overdose de vitamina D (ergocalciferol e colecalciferol) incluem anorexia, cansaço, náusea e vômito, diarreia, perda de peso, poliúria, transpiração, cefaléia, sede, vertigem e aumento da concentração de cálcio e fosfato no plasma e urina⁴. Em revisão Cochrane³, calcitriol comparado a colecalciferol, ambos associados a cálcio, aumentou a incidência de efeitos adversos (hipercalcemia). Os sais de cálcio de uso oral têm como efeitos adversos distúrbios gastro-intestinais, bradicardia e arritmias⁴. A suplementação de cálcio e vitamina D na prevenção de fraturas osteoporóticas, especialmente em pacientes institucionalizados, é benéfica e segura. Na avaliação do custo, o mercado apresenta apenas a vitamina D em associação a doses fixas com carbonato de cálcio e o custo do tratamento com esta associação é menor do que custo de especialidades do análogo e do carbonato de cálcio. Dessa forma, considerando os dados de eficácia, segurança e custo e, a necessidade de ofertar mais uma opção de tratamento, recomenda-se a inclusão da combinação de dose fixa de carbonato de cálcio e vitamina D comprimido 500 mg/400 UI na Rename.

Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLOGIA. Disponível em: <http://www.endocrino.org.br/conteudo/campanhas_exibe.php?idNot=2>. Acesso em: 10 mar. 2008.
2. MOSEKILDE, L.; VERTESGAARD, P.; LANGDAHL, B. *Clinical Evidence* 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com>>. Acesso em: 25 mar. 2008.
3. AVENELL A.; GILLESPIE, W. J.; GILLESPIE, L. D.; O'CONNELL, D. L. Vitamin D and vitamin D analogues for preventing fractures associated with involutional and post-menopausal osteoporosis (Cochrane Review). Oxford: Update Software. *The Cochrane Library*, n.1, 2006.
4. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 54th. ed. London: BMJ Publishing Group and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf>>. Acesso em: 10 mar. 2008.
5. WANNMACHER, L. A eficácia de cálcio e vitamina D na prevenção de fraturas ósseas. URM: Temas Seleccionados. v. 2. n. 10. Brasília: OPAS/MS; setembro 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/medicamentos/urm>>.

CARVEDILOL

Carvedilol para terapêutica da insuficiência cardíaca

O succinato de metoprolol, na forma de comprimidos de liberação controlada com 25 e 100 mg, é o beta-bloqueador adrenérgico constante na Rename 2006 para tratamento de insuficiência cardíaca e hipertensão em gestantes. Vários estudos demonstram superioridade do carvedilol sobre o metoprolol em relação à efetividade, tolerância a efeitos adversos, melhor adesão^{2,5}, redução do número de hospitalizações^{1,3,4} por doenças cardiovasculares ou outras causas, redução no número de mortes¹ e melhoria na qualidade de vida na sobrevivência^{4,6}. Análises dos desfechos reportados no estudo COMET que compara o carvedilol com o tartarato de metoprolol mostraram ainda que o carvedilol está associado a risco reduzido de novos episódios de diabetes comparado com o metoprolol⁶. Análises de custo-efetividade demonstram que, embora o custo unitário do carvedilol seja maior que o do metoprolol², a redução do custo para o sistema de saúde compensa a utilização do carvedilol^{1,2,3,4}. Assim, recomenda-se a inclusão de carvedilol comprimidos 3,125 mg, 6,25 mg, 12,5 mg e 25 mg para terapêutica da insuficiência cardíaca em substituição ao metoprolol.

Referências

1. BROPHY, J. M.; JOSEPH, L.; ROULEAU, J. L. Beta-blockers in congestive heart failure: a Bayesian meta-analysis. *Ann. Inter. Med.*, v. 134, n. 7, p. 550-560, 2001.
2. KRUM, H.; LIM, S. Pharmacoeconomics of beta-blockers: effective and cost-effective therapy in chronic heart failure. *Eur. J. Heart Fail.*, v. 3, n. 4, p. 399-402, 2001. Editorial.
3. LUZIER, A. B. et al. Reimbursement claims analysis of outcomes with carvedilol and metoprolol. *Ann. Pharmacother.*, v. 36, n. 3, p. 386-391, 2002.
4. PACKER, M. et al. for the Carvedilol Prospective Randomized Cumulative Survival (COPERNICUS) Study Group. Effect of Carvedilol on Survival in Severe Chronic Heart Failure. *N. Engl. J. Med.*, v. 344, n. 22, p. 1651-1658, 2001.
5. POOLE-WILSON, P.A. et al. Rationale and design of the carvedilol or metoprolol European trial in patients with chronic heart failure: COMET. *Eur. J. Heart Failure*, v. 4, n. 3, p. 321-329, 2002.
6. STEVENSON, L. W.; LEWIS, E. Mapping the journey. *J. Am. Coll. Cardiol.*, v. 47, n. 8, 2006. Editorial Comment.

CLORIDRATO DE PROPAFENONA

A propafenona bloqueia os canais rápidos de sódio e possui discreta ação bloqueadora dos canais de cálcio e discreta ação beta-bloqueadora. Após o uso por via oral, a propafenona é muito bem absorvida (em torno de 95%) atingindo o pico de concentração plasmático por volta de 2 a 3 horas. A fibrilação atrial (FA) é a arritmia mais comum das arritmias cardíacas. A propafenona pode ser utilizada nesses pacientes tanto para restabelecer o ritmo sinusal como para mantê-lo após a cardioversão. Uma das vantagens de utilizar a propafenona para a reversão a ritmo sinusal é que sua utilização pode ser feita via oral, atingindo pico de concentração plasmático em 2 a 4 horas após a sua administração. Diferentes ensaios clínicos sugerem que o uso de 600 mg de propafenona administrada em bolus oral é capaz de reverter de 72% a 78% dos pacientes com coração normal e FA num período de até 8 horas. Em dezembro de 2004, o New England Journal of Medicine publicou um estudo multicêntrico de Alboni et al. acerca da reversão da FA paroxística fora do ambiente hospitalar¹. A propafenona obteve taxa de sucesso de 94% (pacientes incluídos apresentavam FA de início recente inferior a 48 horas - e sem cardiopatia estrutural). O tempo médio de reversão da arritmia foi de 113 minutos. O número de visitas a unidades de emergência reduziu de 45,6-mês para 4,9-mês e de hospitalizações de 15-mês para 1,6 – mês com o esquema *Pill-in-the-Pocket*. A propafenona está indicada para o tratamento de taquiarritmias supraventriculares, particularmente na reversão da FA aguda (ou de recente começo, com duração de sete dias) e manutenção do ritmo sinusal em pacientes sem cardiopatia estrutural. Inclusive este esquema de tratamento é o atualmente recomendado pela American Heart Association, pelo American College of Cardiology, pela European Society of Cardiology e pela Sociedade Brasileira de Cardiologia no manuseio clínico de pacientes com FA. Estudos comparativos que analisaram os efeitos da reversão da FA aguda (duração menor que 14 dias) entre a propafenona por via oral (600 mg ao dia) e a amiodarona (30 mg/Kg dose) mostraram que a primeira reverte mais a FA (37%) que a segunda (16%), num período de até 4 horas (p<0,0005). No período de 24 horas, entretanto, o índice de reversão é semelhante. A grande vantagem da propafenona é seu emprego por via oral, o que possibilita o tratamento ambulatorial da arritmia, ao contrário da amiodarona, em que o paciente necessita de internação para infusão venosa². Por essas razões, incluiu-se cloridrato de propafenona nas apresentações de comprimidos 150 mg e 300 mg e solução injetável 3,5 mg/mL.

Referências

1. ALBONI, P. et al. Outpatient treatment of recent-onset atrial fibrillation with the 'Pill-in-the-Pocket' approach. *N. Engl. J. Med.*, v. 351, p. 2384-2391, 2004.
2. MICROMEDEX Health Care Series. Drugdex evaluations. Propafenone. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br/portugues/index.jsp>>. Acesso em: 5 set. 2008.

A eficácia e segurança das heparinas de baixo peso molecular (hbpm) como anticoagulantes têm sido demonstrada¹. Duas revisões sistemáticas comparando doses fixas de hbpm e doses ajustadas de heparina não fracionada concluíram que após 3/6 meses de tratamento, a hbpm reduziu significativamente a mortalidade geral, o tromboembolismo venoso recorrente, a trombose venosa profunda recorrente e o embolismo pulmonar. Uma das revisões mostrou ainda que a hbpm reduziu significativamente as complicações hemorrágicas maiores comparada à heparina não fracionada². O tratamento domiciliar com hbpm mostrou-se eficaz, seguro e custo-efetivo em uma revisão de 10 estudos³. A comparação entre anticoagulantes orais e hbpm no tratamento de longo prazo mostra que ambos são eficazes para prevenir o tromboembolismo venoso sintomático após o episódio de trombose venosa profunda sintomática. Entretanto, o tratamento com hbpm é mais inócuo, sendo especialmente indicado para os pacientes que tenham contra-indicações ao uso de anticoagulantes orais. Em pacientes submetidos a cirurgias em geral, a hbpm é efetiva na prevenção da trombose venosa profunda e embolia pulmonar pós-operatórias em pacientes de alto risco (obesidade, câncer, história de trombose venosa profunda e embolia, idade superior a 40 anos, complicações e grandes cirurgias)⁴. Metanálises mostraram que em cirurgias ortopédicas a hbpm supera a heparina não fracionada, reduzindo em 25% a incidência de trombose venosa e 50% a incidência de embolia pulmonar¹. As hbpm são usualmente preferidas em relação à heparina não fracionada na prevenção de tromboembolismo venoso porque são efetivas e têm menor risco de induzir trombocitopenia⁴. Na gravidez, para controle de distúrbios tromboembólicos, as hbpm são utilizadas preferencialmente em relação à heparina não fracionada porque não atravessam a placenta⁴. Em relação à segurança, as hbpm apresentam menor risco de sangramento, o que tem sido atribuído a maior seletividade, constância de antagonismo de fatores de coagulação e menor efeito sobre plaquetas¹. Dessa forma, considerando que uma revisão sistemática não encontrou evidência de que as hbpm difiram entre si em termos de eficácia e segurança para o tratamento da trombose venosa profunda⁵; que outra revisão concluiu que o número limitado de estudos não permite afirmar que há diferenças clínicas relevantes entre as hbpm⁶; que uma avaliação econômica realizada nos EUA concluiu que dalteparina supera a enoxaparina como primeira linha na profilaxia de trombose venosa profunda⁷ e que no caso brasileiro, dalteparina domina enoxaparina e nadroparina em termo de custo para o tratamento, recomenda-se a inclusão de dalteparina 12.500 UI/mL e 25.000 UI/mL para a profilaxia da trombose venosa profunda proximal em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas e pacientes clínicos gravemente doentes ou com imobilização prolongada, para tratamento da trombose venosa profunda proximal e tratamento de síndromes coronarianas agudas sem supradesnível do segmento ST⁸.

Referências

1. Rohde LE, Fuchs FD, Picon PD. Antitrombóticos. In: Fuchs FD, Wannmacher L, Ferreira MBC. Farmacologia Clínica. 3º edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.p.685-704.
2. McManus RJ, Fitzmaurice D. Thromboembolism. *Clin Evid* 2007. Disponível em <http://clinicalevidence.bmj.com>. [Acesso em 16/05/2008].
3. Segal B, Bolder DT, Jenckes MW, Krishnan JÁ, Streiffm B, Eng J, Tamariz LJ, Basse EB. Outpatient therapy with low molecular weight heparin for the treatment of venous thromboembolism: a review of efficacy, safety, and costs. *American Journal of Medicine* 2003; 115(4): 298-308.
4. British medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain; 2008. Disponível em <http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf> [Acesso em 19/05/2008].
5. Heidjden JF, Prins MH, Buller HR. Low-molecular-weight heparins: are they interchangeable? *Haemostasis* 2000;30(Suppl 2):146-157.
6. Heidjden JF, Prins MH, Buller HR. For the initial treatment of venous thromboembolism: are all low-molecular-weight heparin compounds the same? *Thrombosis Research* 2000;100(2):121-130.

7. Krotenberg R, Adler U, Pomeranz B, Miller JD, Russell MW. Dalteparin vs. enoxaparin as prophylaxis for deep-vein thrombosis after total hip or knee arthroplasty: a retrospective analysis. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation* 2001;80(12):889-895.

8. Wannmacher L. Heparinas de baixo peso molecular: evidências que fundamentam indicações. *Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados* 2007;4(2):1-6.

HEMITARTARATO DE NOREPINEFRINA

Estudo clínico randomizado, avaliou os principais efeitos adversos da epinefrina, dobutamina e norepinefrina¹. Considerando-se os efeitos hemodinâmicos (pressão sanguínea, frequência cardíaca), a eficácia da epinefrina, norepinefrina e dobutamina é a mesma¹. Dentre os efeitos adversos principais da epinefrina destacam-se a acidez da mucosa gástrica e mudanças metabólicas¹. Comparando-se a perfusão na região esplâncnica da epinefrina, norepinefrina e dobutamina, observa-se que a epinefrina diminuiu a perfusão sanguínea ocasionando aumento da pressão de CO₂ e diminuição da demanda de O₂. Nos grupos tratados com norepinefrina e dobutamina a modificação da pressão de CO₂ esplâncnica não foi significativa^{2,3}. Devido às mudanças que a epinefrina pode causar no metabolismo da glicose e lactato, neonatos propensos às disfunções metabólicas não devem receber epinefrina como 1ª escolha para o controle da hipotensão⁴. A dobutamina, por sua vez, pode aumentar a contratilidade cardíaca em resposta a demanda de O₂ pelos cardiomiócitos⁵. Ao mesmo tempo, a estimulação cardíaca exarcebada pode desencadear arritmias ventriculares⁶. Embora a epinefrina, norepinefrina e a dobutamina sejam igualmente eficazes, as mudanças metabólicas e mudanças na circulação sanguínea esplâncnica causadas pela epinefrina restringem o uso desta amina vasoativa como primeira escolha, já que os fatores como síndrome metabólica e isquemias na região esplâncnica devem ser pesquisadas antes da utilização desse fármaco². Assim, levando-se em consideração que a norepinefrina é a amina vasoativa de primeira escolha em neonatos, pacientes com acidose metabólica e em pacientes com sepse, na forma de solução injetável 2,0 mg/mL, restrita a situações específicas.

Referências

1. LEVY, B.; BOLLAERT, P.-E. Comparison of norepinephrine and dobutamina to epinephrine for hemodynamic, lactate metabolism, and gastric tonometric variables in septic shock: a prospective, randomized study. *Intensive Care Med.*, v. 23, n. 3, p. 282-287, 1997.
2. BERSTEN, A. D. et al. The effects of various sympathomimetics on the regional circulations in hyperdynamic sepsis. *Surgery*, v. 112, p. 549-561, 1992.
3. VALVERDE, E. et al. Dopamine versus epinephrine for cardiovascular support in low birth weight infants: analysis of systemic effects and neonatal clinical outcomes. *Pediatrics*, v. 117, p. 1213-1222, 2006.
4. JOHN, T. et al. Classical inotropes and new cardiac enhancers. *Heart Fail. Rev.*, v. 12, p. 149-156, 2007.
5. BURGER, A. J. et al. Comparison of the occurrence of ventricular arrhythmias in patients with acutely decompensated congestive heart failure receiving dobutamina versus nesiritide therapy. *Am. J. Cardiol.*, v. 88, n. 1, p. 35-39, 2001.
6. DELLINGER, R. P. et al. Surviving Sepsis campaign: International guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit. Care Med.*, v. 36, n. 1, p. 296-327, 2008.

LEVODOPA + INIBIDOR DE DOPADESCARBOXILASE

A terapia da doença de Parkinson com levodopa deve ser iniciada com doses baixas, seguida de aumentos graduais, conforme resposta clínica e ocorrência de efeitos adversos; a dose final deve ser a menor possível.^{1,2} A dose típica, no início do tratamento com a associação levodopa-carbidopa é de 100 mg + 25 mg ou 100 mg + 10 mg, três a quatro vezes ao dia²⁻⁵. Flutuações

motoras e discinesias ocorrem na maioria dos pacientes em uso prolongado de levodopa. No início da doença, os pacientes experimentam ação sustentada da levodopa, contudo, com o passar do tempo, a duração da resposta após cada dose diminui, resultando em períodos sem cobertura terapêutica (fenômeno “*wearing off*”). Pacientes com doença avançada também podem sofrer interrupções súbitas da atividade terapêutica da levodopa (fenômeno *on-off*). As flutuações motoras podem ser imprevisíveis e causam incapacidade. Uma das possibilidades de manejo consiste em fracionar as doses de levodopa com maior número de administrações diárias.^{6,7} Portanto, as apresentações de levodopa + inibidor da dopa-descarboxilase em doses baixas (100 mg + 25 mg; 100 mg + 10 mg; e 50 mg + 12,5 mg) são úteis na terapia inicial e nas fases avançadas da doença. Quando tais apresentações não estão disponíveis, é comum o emprego de ¼ de comprimido de 250 mg + 25 mg.⁸ Nos poucos estudos comparativos entre os dois inibidores da dopa-descarboxilase periférica disponíveis, não foram observadas diferenças clínicas significativas entre eles,⁹⁻¹¹, por isso, em geral, as diretrizes de tratamento não fazem distinção entre o inibidor da dopa-descarboxilase a ser empregado.^{1,7,12} Tais achados reforçam as observações na prática clínica, em que ambas as apresentações de levodopa (com carbidopa ou benserazida) são clinicamente equivalentes e intercambiáveis entre si.⁸ Com base nos dados apresentados, recomenda-se inclusão da apresentação de menor concentração de levodopa disponível no mercado brasileiro (100 mg levodopa + 25 mg benserazida) e disponibilização nacional das apresentações de levodopa + carbidopa 100 mg + 25 mg, 100 mg + 10 mg e 50 mg + 12,5 mg, para futura inclusão na Rename.

Referências

1. MEHTA, D. K. (Ed.). *British National Formulary: BNF*. 55th. ed. London: BMJ Publishing Group RPS Publishing; 2008. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com>>. Acesso em: 19 maio 2008.
2. KLASCO, R. K. (Ed). *USP DI® Drug Information for the Health Care Professional*. Greenwood Village, Colorado: Thomson Micromedex, 2007. v. 1.
3. HUTCHISON, T. A.; SHAHAN, D.R. (Ed). *DRUGDEX® System*. Greenwood Village, Colorado: MICROMEDEX, 2008. Disponível em: <<http://www.portaldapesquisa.com.br>>. Acesso em: 19 maio 2008.
4. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. *AHFS Drug Information 2007*. Bethesda, MD: American Society of Health-System Pharmacists, 2007.
5. HARDMAN, J. G.; LIMBIRD, L. E. (Ed.). *Goodman & Gilman: the pharmacological basis of therapeutics*. 10th. ed. New York: McGraw-Hill, 2001.
6. AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. *Diagnosis and treatment of Parkinson's disease: a systematic review of the literature*. Rockville: Department of Health and Human Services, 2003. (Evidence Report/Technology Assessment n. 57)
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *WHO Model Formulary 2006*. London: Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2006.
8. PARECER técnico sobre uso de levodopa + inibidor da dopa-descarboxilase no tratamento da doença de Parkinson. Dr. Carlos Roberto de Mello Rieder. Apresentado à Comare em 19 de maio de 2008.
9. KORTEN, J. Et al. Madopar versus sinemet. A clinical study on their effectiveness. *Eur. Neurol.*, v. 13, n. 2, p. 65-71, 1975.
10. LIEBERMAN, A. et al. Comparative effectiveness of two extracerebral DOPA decarboxylase inhibitors in Parkinson disease. *Neurology*, v. 28, p. 964-968, 1978.
11. PAKKENBERG, H. et al. Parkinson's disease treated with Sinemet or Madopar: A controlled multicenter trial. *Acta Neurol Scand.*, v. 53, n. 5, p. 376-385, 1976.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Sistemas e Redes Assistenciais. *Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas: medicamentos excepcionais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

Os Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) e os Antagonistas de Receptores de Angiotensina (ARA II) são indicados no tratamento de hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, disfunção do ventrículo esquerdo e nefropatia diabética. Todos pacientes que apresentam nefropatia com proteinúria ou com microalbuminúria estabelecida, que não se enquadrem em situações de contra-indicação, devem ser tratados com um IECA ou um ARA II, mesmo se a pressão arterial for normal¹⁻³. Os ARA II são considerados fármacos substitutivos aos IECA para pacientes que apresentam intolerância.⁴ ARA II apresentam benefício para os desfechos mortalidade e reinternações em pacientes com insuficiência cardíaca⁵⁻⁷. Uso de IECA ou ARA II deveria ser considerado para todos os pacientes com insuficiência cardíaca, especialmente aqueles com evidência de disfunção do ventrículo esquerdo⁴. Contudo, a associação de ARA II com IECA e beta-bloqueadores aumenta a mortalidade⁷. O uso de IECA por longo prazo, associado a ácido acetilsalicílico, beta-bloqueadores e estatinas, ajuda a reduzir mortalidade após infarto do miocárdio⁴. Em pacientes hipertensos e normotensos, o tratamento com um IECA, ou um ARA II, pode ser iniciado no prazo de 24 horas após o infarto do miocárdio e continuado por pelo menos cinco a seis semanas⁴. Considerando-se as evidências disponíveis, justifica-se a manutenção do enalapril na Rename para tratamento de primeira linha para as situações clínicas ora apresentadas. Salvo melhor juízo, os dados também justificam a inclusão de um ARA II, restrito a tratamento de segunda linha nos casos de intolerância ao IECA. A losartana potássica, em comprimidos revestidos de 50 mg, é selecionada por apresentar maior número de fabricantes, inclusive de genérico, e custo de aquisição inferior aos demais ARA II.

Referências

1. STRIPPOLI, G. F. M. et al. Angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists for preventing the progression of diabetic kidney disease (Cochrane Review). Oxford: Update Software. *The Cochrane Library*, n. 3, 2007.
2. SHLIPAK, M. Diabetic nephropathy. *BMJ Clin. Evid.*, n. 5, p.606, 2007.
3. STRIPPOLI, G. F. M. et al. Effects of angiotensin converting enzyme inhibitors and angiotensin II receptor antagonists on mortality and renal outcomes in diabetic nephropathy: systematic review. *BMJ*, v. 329, n. 7470, p. 828-838, 2004. Epub 2004 Sep 30.
4. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 55th. ed. London: BMJ Publishing Group and APS Publishing; 2008. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com>>.
5. GUS, M.; ROHDE, L. E.; FUCHS, F. D. Fármacos usados em insuficiência cardíaca. In: FUCHS F. D, WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. (Ed). *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 705-718.
6. PITT, B. et al. Effect of losartan compared with captopril on mortality in patients with symptomatic heart failure: randomized trial – the Losartan Heart Failure Survival Study. *Lancet*, v. 355, p.1582-1587, 2000.
7. COHN, J.N.; TOGNONI, G. A randomized trial of the angiotensinreceptor blocker valsartan in chronic heart failure. *N. Engl. J. Med.*, v. 345, n. 23, p.1667-1675, 2001.

NUTRIÇÃO PARENTERAL

A desnutrição, nas diferentes caracterizações clínicas, configura-se como importante problema de saúde pública. A instalação ou a deterioração do grau de desnutrição pode ser incrementada pelo tempo prolongado de internação hospitalar seja no período pré-diagnóstico ou no seguimento curativo. Cerca de 48% dos pacientes internados em hospitais públicos apresentam desnutrição, destes, 36% com desnutrição moderada e 13% com a grave, não importando o tamanho e tipo do hospital, a idade, a doença de base ou a classificação sócio-econômica dos mesmos¹. O suporte nutricional via parenteral está indicado sempre que o paciente esteja impossibilitado de usar a via enteral por um tempo predefinido. Na nutrição parenteral completa, todos os nutrientes essenciais devem ser fornecidos em quantidades adequadas, atendendo às necessidades do paciente

nas diferentes faixas etárias. Desse modo, o regime deve incluir carboidratos, lipídios, aminoácidos, eletrólitos, minerais, oligoelementos e vitaminas²⁻⁴. Portanto, inclui-se na Renome 2008 os insumos farmacêuticos para a produção de nutrição parenteral: oligoelementos, polivitamínicos, lipídios em emulsão 20% com triglicerídeos de cadeia longa + triglicerídeos de cadeia média, glicose 10% e fosfato de potássio 2 mEq/mL. Recomenda-se a produção dos eletrólitos: acetato de sódio 2 mEq/mL, sulfato de zinco 1 mg/mL e sulfato de zinco 200 µg/mL, cujos registros expiraram-se junto à ANVISA.

Referências

1. CORREIA, M. I. T. D.; CAIAFFA, W. T.; WAITEZBERG, D.L. Inquérito brasileiro de avaliação nutricional hospitalar (INBRANUT). *Rev. Bras. Nutr. Clin.*, v.13, n.1, p. 30-40,1998.
2. BRITISH National Formulary BNF54. Intravenous nutrition. Disponível em: <<https://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/login.htm?uri=http%3A%2F%2Fwww.medicinescomplete.com%2Fmc%2Fbnf%2Fcurrent%2F4932.htm>>.
3. WAITZBERG, D. L. *Nutrição enteral e parenteral na prática clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1998. p. 240-243.
4. MARCHINI, J.S. et al. Nutrição parenteral: princípios gerais, formulários de prescrição e monitorização. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 31, p. 62-72, jan./mar. 1998.

OXAMNIQUINA

Oxamniquina é um derivado 2-aminometiltetrahydroquinoeínico, produzido por síntese biológica e possui importante efeito schistosomicida. Em função de efeito anti-colinérgico que promove, aumenta a motilidade dos vermes; também inibe a síntese de ácidos nucleicos. Tem efeito schistosomicida mais acentuado em vermes machos do que em fêmeas e seu uso no Brasil desde a década de 1970 indica efetividade em termos de cura parasitológica em torno dos 80%, havendo relatos de menor eficácia em tratamento de esquistossomose em outros países, com a utilização das doses habitualmente recomendadas de 15 mg/kg de peso para adultos e de 20 mg/kg de peso para crianças. É relativamente bem tolerado quando administrado por via oral, tendo como efeitos colaterais comuns náuseas, vômitos, sonolência, tontura e, mais raramente, convulsões^{1,2}. Oxamniquina é disponibilizada em cápsulas com 250 mg, para uso adulto. A apresentação sob a forma de suspensão oral 50 mg/mL é necessária para utilização em crianças que, freqüentemente, têm dificuldade em ingerir cápsulas. Como, ao lado de outra entero-parasitoses, é infecção diagnosticada com freqüência na faixa etária pediátrica, é fundamental a disponibilização dessa forma de apresentação. Convém lembrar de que o praziquantel, outro fármaco esquistossomicida e, atualmente, considerado como de primeira escolha para o tratamento da esquistossomose, não é fabricado em apresentações líquidas. Isto torna difícil o tratamento da infecção em crianças. Desta forma, recomenda-se a inclusão de oxamniquina na apresentação suspensão oral com 50 mg/mL.

Referências

1. FERRARI, M. L. A. et al. Efficacy of oxamniquine and praziquantel in the treatment of *Schistosoma mansoni* infection: a controlled trial. *Bull. WHO*, v. 81, p.190-196.
2. SACONATO, H.; ATALLAH, A. Interventions for treating schistosomiasis mansoni. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 3, 2008.

RISPERIDONA

Psicoses englobam esquizofrenia e síndromes relacionadas. As situações agudas correspondem às crises psicóticas, tendo múltiplas causas. A doença crônica caracteriza-se pela recorrência de surtos (em 75% dos indivíduos acometidos), intervalados por variados períodos de

tempo. O tratamento convencional é feito com antipsicóticos, tais como clorpromazina (mais adequada em fase aguda por seus efeitos sedativos) haloperidol (no tratamento de manutenção). Cerca de um terço dos pacientes com esquizofrenia é resistente ao tratamento convencional, especialmente aqueles que apresentam sintomas negativos (embotamento afetivo, dificuldade de julgamento, depressão e falta de motivação)^{1,2}. Como os antipsicóticos convencionais induzem importantes efeitos adversos, novos fármacos – antipsicóticos atípicos – foram desenvolvidos e parecem ser mais eficazes em reduzir sintomas comparativamente aos antipsicóticos tradicionais, mas causam também efeitos adversos significativos¹. Para todos os antipsicóticos é necessário balancear benefícios e riscos do tratamento continuado. Metanálise³ de 52 ensaios clínicos randomizados, com um total de 12.649 pacientes esquizofrênicos, comparou antipsicóticos convencionais a antipsicóticos atípicos (clozapina, olanzapina, risperidona, amisulprida, quetiapina e sertindol), demonstrando eficácia e segurança similares entre eles. A clozapina pode estar associada à agranulocitose potencialmente fatal, miocardite, sedação, hipersalivação e hipertermia⁴. A clozapina e a olanzapina podem induzir diabetes melito, sendo necessária monitorização da glicemia⁵. A incidência de diabetes melito, ganho de peso, foi maior com a olanzapina quando comparada à risperidona e após 18 semanas, não houve diferença na incidência de efeitos extrapiramidais e de alterações eletrocardiográficas⁵. Estudos avaliando eficácia e segurança da amisulpirida demonstraram que este antipsicótico atípico apresenta menos efeitos extrapiramidais e maior adesão quando comparado aos antipsicóticos típicos⁵. Sulpirida, também da classe das benzamidas, apresenta hiperprolactinemia como efeito adverso importante.^{6,7} A risperidona em relação à clozapina mostrou a mesma eficácia.⁵ A diferença está no fato da risperidona ter um início mais rápido proporcionar menor sedação e ganho de peso⁵. Contudo, há relatos de síndrome neuroléptica maligna com seu uso⁵. Em relação aos distúrbios metabólicos, um estudo retrospectivo envolvendo adultos evidenciou que a risperidona aumentou menos a glicemia em jejum e colesterol quando comparada à olanzapina⁸. Revisão sistemática em idosos com demência mostrou que 16,8% dos pacientes em uso de risperidona (*versus* 8,8% no grupo placebo) apresentaram efeitos adversos graves incluindo acidente vascular cerebral (AVC)⁹. O ganho de peso da risperidona foi menor do que o da olanzapina e clozapina quando administrada durante 10 e 52 semanas¹⁰. Estudos verificaram que a quetiapina tem boa resposta terapêutica em comparação com o placebo na esquizofrenia, além de reduzir a acatisia, parkinsonismo e abandono do tratamento⁵. Contraditoriamente, sobre os sintomas psicóticos associados à demência, as evidências são limitadas e não demonstraram eficácia superior a do placebo⁹. Estudo de caso-controle mostrou que ziprasidona e o aripiprazol não causaram aumento significativo no peso, glicemia e colesterol¹⁰. O que se observa é que não existe uniformidade em relação aos efeitos adversos entre os antipsicóticos atípicos. Dessa forma, outro critério para definição da inclusão de fármaco dessa classe na relação de medicamentos essenciais é a eficiência. Assim, levando-se em consideração o perfil lipídico, glicêmico, o ganho de peso, a adesão e o custo do tratamento de manutenção, recomenda-se a inclusão de risperidona nas doses de 1 mg, 3 mg e solução oral de 1 mg/mL, sendo que este fármaco deve ser utilizado com precaução em idosos.

Referências

1. NADEEM, Z. et al. Schizophrenia. *BMJ Clinical Evidence*. 2006. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com/cweb/conditions/meh/1007/1007.jsp>>.
2. MOREIRA, L. B.; COSTA, A.F.; FUCHS, F.D. Antipsicóticos. In: FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C.(Ed.). *Farmacologia Clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 577-586.
3. GEDDES, J. et al. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic review and meta-regression analysis. *BMJ*, v. 321, p. 1371-13-76, 2000.
4. DAVIS, J. M. The choice of drugs for Schizophrenia. *NEJM*, v. 354, n. 5, p. 518-520, 2006.
5. WANNMACHER, L Antipsicóticos atípicos: mais eficazes, mais seguros? *OPAS. Uso racional de medicamentos: Temas Selecionados*. v. 1, n. 12. Brasília, 2004.

6. GRAEFF, F. G.; GUIMARÃES, F. S. *Fundamentos de psicofarmacologia*. São Paulo: Atheneu, 1999.
7. KOROLKOVAS, A. *Dicionário terapêutico Guanabara 2003/2004*. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.
8. DE SENA, E. P. et al. Diabetes mellitus e antipsicóticos atípicos. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 25, n. 4, p. 253-257, 2003.
9. RAMOS, M.G.; ROCHA, F.L. Efficacy and safety of atypical antipsychotics in dementia: a systematic review. *J. Bras.Psiquiatr.*, v. 55, n. 3, 2006. Disponível em: <<http://pier.acponline.org/physicians/disease/d593/d593.html>>.
10. REIS, J.S. et al. Diabetes mellitus associated with atypical antipsychotic medications: case report and review of the literature. *Arq. Bras. Endocrinol. Metab.* v. 51, n. 3, p. 488-493 .2007.

SULFATO DE ZINCO

As doenças diarréicas agudas (DDA), também conhecidas como diarréia, disenteria e gastroenterites, constituem importante causa de morbidade e mortalidade, principalmente entre crianças menores de 5 anos. No Brasil, no ano de 2004, a taxa de mortalidade atribuída à doença diarréica aguda para esta faixa etária foi de 3,97%¹. Sais de reidratação oral e medidas dietéticas são abordagens reconhecidamente eficazes para o manejo da diarréia infantil. Para o tratamento da disenteria (fezes sangüinolentas), que é responsável por 20% das mortes por diarréia, antimicrobianos são indicados². Evidências provenientes de metanálises têm demonstrado que suplementos de zinco tem efeito benéfico no tratamento da diarréia^{3,4}. Quando usados concomitantemente com a terapia padrão (sais de reidratação oral e antimicrobianos, no caso das disenterias) os suplementos de zinco reduzem a frequência³, duração^{3,4} e gravidade^{3,4} da diarréia³ aguda e persistente⁴. Os sais sulfato, acetato e gliconato de zinco parecem ser igualmente eficazes quando usados em doses entre 10 a 20 mg por dia, por 10 a 14 dias⁵. A adição de sais de zinco ao tratamento padrão da diarréia tem apresentado relação de custo-efetividade favorável². As reações adversas relatadas resumem-se a distúrbios gastrintestinais como indigestão, vômitos e náuseas⁶. Considerando os dados de eficácia, segurança e custo-efetividade, recomenda-se a inclusão de sulfato de zinco na forma de comprimido dispersível 10 mg e xarope 4 mg/mL, por ser o sal de menor custo⁵.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde/SVS. *Sistema de Informações de Mortalidade (SIM)*. Brasília, 2001.
2. ROBBERSTAD, B. et al. Cost-effectiveness of zinc as adjunct therapy for acute childhood diarrhoea in developing countries. *Bull. WHO*, v. 82, n. 7, p. 523-531, 2004.
3. AGGARWAL, R. et al. Role of zinc administration in prevention of childhood diarrhea and respiratory illnesses: a meta-analysis. *Pediatrics*, v. 119, n. 6, p. 1120-1130, 2007.
4. BHUTTA, Z. A. et al. Prevention of diarrhea and pneumonia by zinc supplementation in children in developing countries: pooled analysis of randomized controlled trials. *J Pediatric.*, v. 135, n.6, p. 689-697, 1999.
5. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Implementing the New Recommendations on the Clinical Management of Diarrhoea*. Geneva, Switzerland: WHO, 2006. 34 p.
6. KLASCO, R. K. (Ed). *DRUGDEX® System*. Greenwood Village, Colorado: Thomson MICROMEDEX, 2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>

III. PARECERES DAS ALTERAÇÕES DE APRESENTAÇÃO E/OU CONCENTRAÇÃO E/OU DOSE

ALBENDAZOL

O albendazol é um derivado benzimidazólico, que possui atividades ovicida, larvicida e helminticida. Quimicamente, é [metil-5(propil-tio)-1H-benzimidazol-2-il] carbamato. O mecanismo de ação está centrado na capacidade de inibir a polimerização dos túbulos, o que dificulta a obtenção de energia pelo verme, promovendo sua imobilização e morte. A absorção intestinal do albendazol é pequena (menos de 5% da dose administrada por via oral) e por isso sua ação é fundamentalmente luminal. Seu principal metabólito, sulfóxido, tem vida média de 8 ½ horas e é eliminado pela urina¹. Albendazol é eficaz, em dose única de 400 mg, no tratamento da ascariíase e na enterobíase (100% de eficácia), ancilostomíase por *A. duodenale* (92% de eficácia) e por *N. americanus* (75%), tricuriíase (90% de eficácia). Alguns estudos revelam que, ministrado em dose única diária de 400 mg, por três dias consecutivos, tem uma eficácia curativa de até 86 % nas teníases e de 60% na estrogiloidíase. No tratamento da giardíase promove taxas de cura de 97% em crianças devendo, nessa condição, ser administrado por cinco dias consecutivos na dose diária de 400 mg. Não deve ser utilizado em mulheres grávidas, nem em crianças com idade inferior a 2 anos^{1,2}. Recomenda-se a introdução da apresentação suspensão oral 40 mg/mL, tendo em vista a prevalência de helmintíases intestinais e giardíase na população pediátrica.

Referências

1. THOMSON HEALTHCARE SERIES. Micromedex. DrugDex Evaluations. Albendazole. Disponível em: <<http://thomsonhc.com>>. Acesso em: 05 set 2008.

2. CHIEFFI, P. P.; GRYSCHKEK, R. C. B.; AMATO NETO. V. *Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Lemos Editorial. 2001.

CLONAZEPAM

Clonazepam como anticonvulsivante de segunda escolha em pediatria

Metanálises e estudos randomizados consideram alguns fármacos indicados para diferentes formas de epilepsia na infância, recomendando-se iniciar tratamento com monoterapia, sempre que possível¹. Em Epilepsia de Ausência na Infância (EAI) e crises de ausência associadas a ataques tônico-clônicos, o valproato é fármaco de primeira escolha, uma vez que é eficaz em ambas as condições²⁻⁵. É também de escolha, como a lamotrigina, nas crises mioclônicas da epilepsia mioclônica juvenil⁴. Em epilepsia mioclônica grave da infância, topiramato é considerado de primeira escolha²⁻⁶. Clonazepam é considerado fármaco de segunda escolha, em epilepsia mioclônica grave na infância, epilepsia mioclônica juvenil e na Síndrome de Gasteaut-Lennox^{2,4-6}. Em EAI, não foram encontrados ensaios clínicos randomizados ou revisões sistemáticas que avaliassem efetividade ou segurança de clonazepam⁷. Um pequeno ensaio clínico aberto, de resultados pouco conclusivos⁸, e alguns estudos observacionais sugerem que o clonazepam seria efetivo nessa condição, muito embora cause também efeitos adversos como ataxia, hiperatividade, mudanças de personalidade e ganho de peso, não sendo recomendado como primeira escolha. Efeitos hepáticos, fadiga, sonolência, hipotonia, salivação e aumento de secreção brônquica sugerem cautela na sua utilização em pediatria⁹. Face às evidências que apontam, até o momento, seu papel como anticonvulsivante de segunda escolha, em pediatria, recomenda-se a retirada de clonazepam comprimido de 0,5 mg e 2,0 mg da Rename, mantendo-se apenas a forma de solução oral 2,5 mg/mL.

Referências

1. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 57th. London: British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007. Disponível em: <<http://www.bnf.org>>. Acesso em: 10 out 2007.

2. HIRST A.; SLOAN R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software. N. 4, 2007.

3. CHRISTOPHER, G. Generalized Anxiety Disorder. *BMJ Clinical Evidence*, London, BMJ Pub. Group, 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0919/0919.jsp#Q1>>. Acesso em: 05 out 2007.
4. IPSEY, J. C. et al. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2006.
5. STEIN, D. J.; IPSEY, J. C.; BALKOM, A. J. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
6. VAN BALKOM, A. J.; NAUTA, M. C.; BAKKER, A. Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: review and re-examination. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Chichester, v. 2, n.1, p.1-14, 1995.
7. NOVO, I. P. N.; LIMA, M. S. Benzodiazepines for panic (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
8. IPSEY, J. C.; SEEDAT, S.; STEIN, D. J. Pharmacotherapy for prevention of post-traumatic stress disorder (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
9. POSNER, E. Absence Seizures in Children. *BMJ Clinical Evidence*, London, BMJ Pub. Group, 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0919/0919.jsp#Q1>>. Acesso em 05 out 2007.

DIPROPIONATO DE BECLOMETASONA

Estima-se em 350.000/ano o número de internações por asma no Brasil, constituindo-se na quarta causa de hospitalização pelo SUS (2,3% do total) e na terceira causa entre crianças e adultos jovens. Países em desenvolvimento têm apresentado aumento de mortalidade na última década, contribuindo com 5 a 10% das mortes por causa respiratória^{1,2}. Inalação é o método de administração preferencial em antiasmáticos (Recomendação de Grau A)². Corticóides inalantes são de primeira escolha no tratamento de asma leve, moderada e grave^{2,3}. Estudos clínicos e in vitro sugerem que os corticóides inalantes disponíveis não são equivalentes; contudo, não estão claras as implicações clínicas dessas diferenças, e há carência de estudos comparativos entre eles^{2,3}. No Brasil, estão disponíveis os corticóides inalantes beclometasona, budesonida e fluticasona⁴. O dipropionato de beclometasona é o fármaco mais experimentado⁵, sendo empregadas doses diárias de 400 µg a 2.000 µg em adultos, e de 100 µg a 400 µg para crianças^{3,6}. Além disso, apresenta custo estimado de tratamento diário inferior ao de budesonida e fluticasona. Considerando-se a necessidade de cobertura dos regimes de doses recomendados de beclometasona no tratamento de asma, torna-se essencial a apresentação na Renome 2008 de formas farmacêuticas de pó, solução inalante ou aerossol que contemplem tais regimes. Desta forma, recomenda-se introdução da apresentação de 250 µg de beclometasona por dose.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. *Estatísticas de mortalidade*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
2. AMARAL, R.; FUCHS, F.D. Antiasmáticos. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. (Ed.). *Farmacologia clínica. fundamentos da terapêutica racional*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 769-787.
3. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 55th ed. London: BMJ Publishing Group and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2008. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com>>. Acesso em: 27 maio 2008.
4. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Câmara de Regulação do Mercado de Medicamento (CMED). *Lista de medicamentos cujos preços estão em conformidade com a legislação da CMED atualizada em 10/09/2008*. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/monitora/cmed/legis/comunicados/lista_conformidade.pdf.
5. ADAMS, N. P. et al. Beclomethasone versus placebo for chronic asthma (Cochrane Review). Oxford: Update Software. *The Cochrane Library*, n. 1, 2006.

FATOR II DE COAGULAÇÃO

O concentrado de complexo protrombínico é obtido por fracionamento de *pool* de plasmas e contém os fatores II, VII, IX e X. É utilizado no tratamento de deficiências hereditárias e adquiridas. Nas coagulopatias hereditárias está indicado nas deficiências de fator II (grau de recomendação C)¹, VII, X¹ (grau de recomendação C) e nas deficiências congênitas do fator IX que não apresentam risco de trombose, quando não se dispõe de concentrado de fator IX². Utilizado, também, para pacientes com hemofilia A e B com presença de inibidores de baixa resposta para os fatores VIII e IX, respectivamente^{2,3}. No cálculo da dose a ser administrada deve-se considerar o nível hemostático de cada fator que se deve alcançar. Isso varia com o peso, tipo e a localização do sangramento ou procedimento a ser realizado, devido às características moleculares (meia-vida e recuperação plasmática do fator da coagulação). O produto é adquirido pelo Ministério da Saúde para atender aos pacientes com coagulopatias hereditárias cadastrados no Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde e em acompanhamento em Centros de Hemofilias². Portanto, a substituição do concentrado de fator II pelo complexo protrombínico (na apresentação: pó para solução injetável, contendo fatores II, VII, IX e X, frascos de 500 a 600 UI de fator IX. AE > 0,6 UI/mg; as concentrações dos fatores II, VII e X variam conforme lote e fabricante do produto) é justificada por não existir produto puro de fator II, e pelo fato do complexo protrombínico ser utilizado para a reposição em deficiência de fator II e nas situações referidas acima.

Referências

1. UNITED KINGDOM HAEMOPHILIA CENTRE DOCTERS' ORGANISATION (UKHCDO). Guidelines on the selection and use of therapeutic products to treat haemophilia and hereditary bleeding disorders. *Haemophilia*, v. 9, p. 1-23, 2003.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
3. ANTUNES, S. V. Uso Clínico de crioprecipitado e concentrados de fatores da coagulação. In: COVAS, D. T.; LANGHI JÚNIOR, D. M.; BORDIN, J. O. *Hemoterapia: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 30, p. 265-269.

FATOR IIA DE COAGULAÇÃO

O concentrado de complexo protrombínico parcialmente ativado é obtido por fracionamento de *pool* de plasmas contendo os fatores II, IX e X na forma inativada e o fator VII na forma ativada. É indicado para o tratamento de pacientes com hemofilia A e B com presença de inibidores de alto título para os fatores VIII e IX, respectivamente^{1,2,3}. No cálculo da dose a ser administrada deve-se considerar o peso, tipo e a localização do sangramento ou procedimento a ser realizado^{1,2,3}. O produto é adquirido pelo Ministério da Saúde para atender aos pacientes com coagulopatias hereditárias cadastrados no Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde e em acompanhamento em Centros de Hemofilias¹. O complexo protrombínico parcialmente ativado deve ser prescrito por especialista e administrado em ambiente hospitalar. A alteração da denominação “fator IIA de coagulação” (correspondente à Denominação Comum Brasileira conforme lista DCB 2007) é justificada por não existir produto puro de fator IIA e pelo fato do complexo protrombínico parcialmente ativado conter o fator II e é usado na situação descrita acima. Dessa forma, a forma farmacêutica definida na Rename do complexo protrombínico parcialmente ativado é o pó para solução injetável que contém os fatores II, VIIa (forma ativada) e os fatores IX e X em combinação.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. UNITED KINGDOM HAEMOPHILIA CENTRE DOCTERS' ORGANISATION (UKHCDO). Guidelines on the selection and use of therapeutic products to treat haemophilia and hereditary bleeding disorders. *Haemophilia*, v. 9, p. 1-23, 2003.
3. ANTUNES, S. V. Uso Clínico de crioprecipitado e concentrados de fatores da coagulação. In: COVAS, D. T.; LANGHI JÚNIOR, D. M.; BORDIN, J. O. *Hemoterapia: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 30, p. 265-269.

FATOR VIII DE COAGULAÇÃO

O concentrado de fator VIII é indicado no tratamento das manifestações hemorrágicas ou na preparação para procedimentos invasivos em pacientes com deficiência hereditária do fator VIII – hemofilia A (grau de recomendação C)^{1,2,3,4}. Não existe consenso sobre a classificação dos concentrados de fator VIII, de acordo com sua atividade específica, e não foi demonstrado que a pureza interfira na segurança dos concentrados de fator VIII^{1,2}. A denominação Fator VIII de coagulação é a registrada na lista de Denominações Comuns Brasileiras (DCB) 2007. No cálculo da dose deve-se considerar o nível hemostático do fator VIII que se deseja alcançar. Isso varia com o peso, tipo e a localização do sangramento ou procedimento a ser realizado, devido às características moleculares (meia-vida e recuperação plasmática do fator da coagulação). O produto é adquirido pelo Ministério da Saúde para atender aos pacientes com coagulopatias hereditárias cadastrados no Programa de Coagulopatias Hereditárias do Ministério da Saúde e em acompanhamento em Centros de Hemofilias⁴. Recomenda-se a adoção do nome Fator VIII de coagulação e da forma farmacêutica pó para solução injetável 250 e 500 UI, AE > 100 UI/mg, retirando-se as concentrações AE>2.000 UI/mg e AE>1UI/mg, uma vez que não apresentam característica de essencialidade e não compõem a relação do programa do Ministério da Saúde para tratamento das coagulopatias hereditárias⁴.

Referências

1. ANTUNES, S. V. Uso Clínico de crioprecipitado e concentrados de fatores da coagulação. In: COVAS, D. T.; LANGHI JÚNIOR, D. M.; BORDIN, J. O. *Hemoterapia: fundamentos e prática*. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 30, p. 265-269.
2. D'AMICO, E. A. Transfusão de concentrado de Fator VIII e IX. In: CHAMONE, D. A. F.; NOVARETTI, M. C. Z.; DORLHIAC-LLACER.; P. H. *Manual de transfusão sanguínea*. São Paulo: Roca, 2001. Cap. 11, p.101-105.
3. UNITED KINGDOM HAEMOPHILIA CENTRE DOCTERS' ORGANISATION (UKHCDO). Guidelines on the selection and use of therapeutic products to treat haemophilia and hereditary bleeding disorders. *Haemophilia*, v. 9, p. 1-23, 2003.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. *Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 76 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

NITRITO DE SÓDIO

A maior parte do manejo de intoxicações agudas é feita de forma sintomática e de suporte. Em muitos casos nada mais é necessário¹. No Brasil, estima-se que a maior parte das intoxicações notificadas enseje manejo inespecífico². No entanto, alguns antídotos são necessários em situações específicas, requerendo manejo especializado para exercer seu efeito¹. O nitrito de sódio é usado por via parenteral, em adultos, complementado por tiossulfato injetável, para reversão dos efeitos da intoxicação por cianeto. Seu manejo deve ser cuidadoso. A exposição a doses superiores às

recomendadas bem como a ingesta accidental podem causar metahemoglobinemia grave^{3,4}. Em função de seu perfil de segurança e de suas características quanto à indicação, recomenda-se a substituição do nitrito de sódio oral pela solução injetável, 30 mg/mL.

Referências

1. THOMSON HEALTHCARE SERIES. MICROMEDEX. Micromedex. DrugDex Evaluations. Disponível em: <<http://thomsonhc.com>>. Acesso em: 07 jul 2008.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. (SINITOX.). *Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico*. Brasília, 2003.
3. SWEETMAN, S. (Ed.). *Martindale: The Complete Drug Reference*. London: Pharmaceutical Press; Greenwood Village, Colorado: Thomson Micromedex, Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>
4. CENTERS FOR DISEASES CONTROL AND PREVENTION (CDC). Methemoglobinemia following unintentional ingestion of sodium nitrite. *MMWR*, New York, v. 51, p. 639-642, 2002.

SUCCINATO DE METOPROLOL

Metoprolol para manejo da hipertensão em adultos

O succinato de metoprolol, na forma de comprimidos de liberação prolongada com 25 e 100 mg, é o beta-bloqueador adrenérgico constante na Rename 2006 para tratamento de insuficiência cardíaca (item 13.1) e hipertensão em gestantes (item 13.4.2). No tratamento de insuficiência cardíaca recomenda-se a dose inicial de 12,5-25 mg, uma vez ao dia, podendo ser aumentada, gradativamente, até 200 mg^{1, 2}. Para hipertensão leve e moderada, a faixa da dose e frequência de administração é de 50 -100 mg, uma vez ao dia³. Recomenda-se, portanto, a alocação de metoprolol 50 mg no manejo da hipertensão em adultos.

Referências

1. SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. II Diretrizes da Sociedade Brasileira de Cardiologia para o Diagnóstico e Tratamento da Insuficiência Cardíaca. *Arq. Brás. Cardiol.*, v. 79, supl. 4, 2002
2. HUNT, A. S. et al. Guideline Update for the Diagnosis and Management of Chronic Heart Failure in the Adult: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*, v. 112, p. e154-e235, 2005 .
3. CHOBANIAN, A. V.; BAKRIS, G. L.; BLACK, H. R. et. al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*. v. 42, n. 6, p. 1206–1252, 2003.

IV. PARECERES DAS ALTERAÇÕES DE USOS TERAPÊUTICOS

ATENOLOL

Substituído pelo succinato de metoprolol como antiarrítmico(vide parecer) e pelo carvedilol na insuficiência cardíaca (vide parecer).

CLONAZEPAM

Clonazepam para uso exclusivo como anticonvulsivante não como ansiolítico.

Benzodiazepínicos são os sedativos mais utilizados e considerados os mais eficazes e seguros. Podem causar dependência física e psíquica, além de tolerância, razão pela qual seu uso deve ser reservado para situações agudas, assim que as causas subjacentes da ansiedade tenham sido

esclarecidas¹. Não há evidências que avaliem uso prolongado de benzodiazepínicos para sedação². Tanto estudos clínicos randomizados (ECR) quanto estudos observacionais evidenciaram que os benzodiazepínicos aumentam o risco de dependência, acidentes (de trabalho e de trânsito), efeitos adversos em neonatos (quando usados ao final da gestação)³. Não são relatados ECR, revisões sistemáticas, metanálises ou estudos observacionais que ofereçam evidências específicas para uso de clonazepam, em adultos ou crianças, em tratamento primário da ansiedade, tratamento resgate da ansiedade, tratamento de fobias sociais ou de pânico associado a agorafobia^{3,4,5,6}. Protocolos para avaliar efetividade (e segurança) de benzodiazepínicos, incluindo clonazepam, no pânico e no *stress* pós-traumático, estão ainda em análise^{7,8}. Não foram encontrados ECR ou revisões sistemáticas que avaliassem efetividade ou segurança de clonazepam para tratamento de episódios de ausência em crianças⁹; apenas alguns estudos observacionais sugerem que o clonazepam seria efetivo nessa condição, muito embora cause também efeitos adversos como ataxia, hiperatividade, mudanças de personalidade e ganho de peso, não sendo recomendado como primeira escolha¹⁰. Uma vez que o diazepam já está alocado nesta categoria e na ausência de evidências que substanciem sua permanência, recomenda-se a retirada do clonazepam como ansiolítico e hipnosedativo na Rename, permanecendo como anticonvulsivante.

Referências

1. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION AND ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 57th. London: British Medical Association and The Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007. Disponível em: <<http://www.bnf.org>>. Acesso em: 10 out 2007.
2. HIRST A.; SLOAN R. Benzodiazepines and related drugs for insomnia in palliative care (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software. N. 4, 2007.
3. CHRISTOPHER, G. Generalized Anxiety Disorder. *BMJ Clinical Evidence*, London, BMJ Pub. Group, 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0919/0919.jsp#Q1>>. Acesso em: 05 out 2007.
4. IPSEY, J. C. et al. Pharmacotherapy augmentation strategies in treatment-resistant anxiety disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 4, 2006.
5. STEIN, D. J.; IPSEY, J. C.; BALKOM, A. J. Pharmacotherapy for social anxiety disorder (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
6. VAN BALKOM, A. J.; NAUTA, M. C.; BAKKER, A. Meta-analysis on the treatment of panic disorder with agoraphobia: review and re-examination. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Chichester, v. 2, n.1, p.1-14, 1995.
7. NOVO, I. P. N.; LIMA, M. S. Benzodiazepines for panic (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
8. IPSEY, J. C.; SEEDAT, S.; STEIN, D. J. Pharmacotherapy for prevention of post-traumatic stress disorder (Protocol for a Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Oxford: Update Software, n. 4, 2007.
9. POSNER, E. Absence Seizures in Children. *BMJ Clinical Evidence*, London, BMJ Pub. Group, 2007. Disponível em: <<http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/ind/0919/0919.jsp#Q1>>. Acesso em 05 out 2007.
10. DREIFUSS, F. E.; PENRY, J. K.; ROSE, S.W. et al. Serum clonazepam concentrations in children with absence seizures. *Neurology*, Minneapolis, v. 25, p. 255-258, 1975.

CLORIDRATO E LACTATO DE BIPERIDENO

Essencialidade do biperideno no tratamento dos distúrbios motores decorrentes do uso de neurolépticos

Doença de Parkinson (DP) é uma enfermidade crônica, neurodegenerativa e progressiva com prevalência mundial estimada de 31 a 328 por 100.000 pessoas. Anticolinérgicos (biperideno e

trixifenidil) já foram o principal tratamento da DP. Possuem eficácia comprovada no controle do tremor em repouso quando comparado ao placebo, mas não controlam outros sintomas como rigidez e bradicinesia^{2,3}. É freqüente a ocorrência de efeitos adversos inaceitáveis, como falha de registro de memória de curto-prazo, confusão mental aguda, alucinações e psicoses, exacerbação de disfunção de lóbulo frontal, boca seca, dificuldade urinária e constipação intestinal. Além disso, causam efeito rebote com marcada deterioração do parkinsonismo (crise colinérgica) decorrente da retirada abrupta desses agentes¹⁻⁴. Eles não são recomendados a pacientes com 65 anos e mais de idade, além de precipitar psicoses em pacientes com DP avançada¹. Ocasionalmente, os anticolinérgicos podem ser benéficos quando o tremor de repouso fica proeminente e não responsivo aos agentes dopaminérgicos. Desta forma, os anticolinérgicos poderiam ser utilizados em pacientes jovens, com cognição intacta e cujo sintoma predominante seja o tremor de repouso^{1,2,5}. Não há dados que permitam concluir se existe diferença interindividual, de eficácia e segurança, entre os vários agentes anticolinérgicos⁴. A levodopa tem sido o principal tratamento farmacológico para a DP. Ensaio clínico demonstram não haver diferenças qualitativas no controle dos diversos sintomas da DP inicial, quando foram comparados anticolinérgicos, bromocriptina e levodopa. Substâncias dopaminérgicas são tão efetivas quanto os anticolinérgicos em pacientes com tremor de repouso, além de melhorarem outros sintomas da DP^{6,7}. Outro estudo mostrou que a levodopa tem um bom efeito sobre a amplitude do tremor de repouso, enquanto que o efeito do biperideno foi insatisfatório. Tanto levodopa quanto biperideno têm menor efeito no tremor postural com movimentos lentos, entretanto o efeito da levodopa se sobressai. Ou seja, o impacto dos anticolinérgicos nos sintomas da DP é bem menor do que da levodopa^{7,8}. Ressalta-se que diretrizes mundialmente aplicadas no tratamento da Doença de Parkinson não incluem biperideno, ou outro anticolinérgico, em seus protocolos farmacoterapêuticos^{1,5,7}. Para o tratamento do parkinsonismo farmacológico, a medida mais eficaz é a retirada do antipsicótico clássico, ou a substituição por um antipsicótico atípico. A clozapina parece ser o fármaco que possivelmente não produza parkinsonismo, tanto que é o fármaco de escolha para o tratamento de psicoses em pacientes com doença de Parkinson^{9,10,11,12}. Se nenhuma das medidas citadas seja possível, introduz-se um antiparkinsoniano, preferencialmente anticolinérgico, que é eficaz também no tratamento da distonia aguda^{9,16,17}. O biperideno, por ter ação predominantemente central, o que evita efeitos adversos periféricos, é o fármaco de escolha para contornar os efeitos extrapiramidais dos antipsicóticos, em pacientes abaixo de 65 anos, possuindo evidência de nível BIIa, correspondente à comprovação de eficácia, na falta de outras alternativas terapêuticas. O uso profilático do biperideno ao tratamento antipsicótico não impede o surgimento dos efeitos extrapiramidais, porém reduz a intensidade dos mesmos. Como último recurso ao tratamento do parkinsonismo farmacológico, ou em pacientes idosos podem ser empregadas amantadina e levodopa^{10, 13-17}. Considerando o apresentado, recomenda-se a exclusão do biperideno, nas formas cloridrato e lactato do item 12.3 da RENAME 2006, que passa a se denominar “Medicamentos para doença de Parkinson”. Considerando ainda a essencialidade do biperideno no tratamento dos distúrbios motores decorrentes do uso de neurolépticos, recomenda-se sua alocação no item 12.4 da RENAME 2008, sendo esta seção renomeada para “Antipsicóticos e adjuvantes”.

1. LEVINE, C. B. et al. Diagnosis and treatment of Parkinson's disease: a systematic review of the literature. *Evid. Rep. Technol. Assess.*, n. 57, p. 1-4, 2003. (AHRQ Publication No. 03-E040).
2. FUNG, V.S.C. et al. Drugs for Parkinson's disease. *Aust Prescr.*, v. 24, p. 92-95, 2001.
3. KATZENSCHLAGER, R. et al. Anticholinergics for symptomatic management of Parkinson's disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update Software.
4. NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR CHRONIC CONDITIONS. *Parkinson's disease: national clinical guideline for diagnosis and management in primary and secondary care*. London: Royal College of Physicians, 2006.
5. SCHRAG, A. et al. Reduction of Parkinsonian signs in patients with Parkinson's disease by dopaminergic versus anticholinergic single-dose challenges. *Mov Disord.*, v. 14, n. 2, p. 252-255, 1999.

6. HORSTINK, M. et al. Review of the therapeutic management of Parkinson's disease. Report of a joint task force of the European Federation of Neurological Societies and the Movement Disorder Society-European Section. Part I: early (uncomplicated) Parkinson's disease. *Eur. J. Neurol.*, v. 13, n. 11, p. 1170-1185, 2006.
7. MILANOV, I. A cross-over clinical and electromyographic assessment of treatment for parkinsonian tremor. *Parkinsonism Relat Disord.*, v. 8, n. 1, p. 67-73, 2001.
8. MacMAHON, D. et al. Parkinson's disease: ageism and prescribing. (Roundtable). REQ/ART/06/24990/1 Supported by an educational grant from GlaxoSmithKline. *Geriatric Medicine midlife and beyond*, May, 2006. p. 1-4.
9. PEREIRA, J. G. et al. Estudo do perfil clínico-epidemiológico e farmacoterapêutico da doença de Parkinson num grupo de pacientes no estado do Paraná. s.n.t. 2007. (mimeo).
10. HADDAD, P. M.; DURSUN, S. M. Neurological complications of psychiatric drugs: clinical features and management. *Hum. Psychopharmacol. Clin. Exp.*, v. 23, p. 15-26, 2008.
11. KULIOZEVISK, J.; OTERMIN, P. Antipsicóticos y efectos extrapiramidales. *Neurologia*, v. 18, n.5, p. 262-68, 2003,
12. MARDER, S. R. et al. Physical health monitoring of patients with schizophrenia. *Am. J. Psychiatr.*, v. 161, p. 1334-1349, 2004.
13. CONLEY, R. R.; KELLY, D. L. Second-generation antipsychotics for schizophrenia: a review of clinical pharmacology and medication-associated side effects. *Isr. J. Psychiatr. Relat. Sci.*, v. 42, n.1, p. 51-60, 2005
14. SOARES, K. V. S.; MCGRATH, J. J. Anticholinergic medication for neuroleptic-induced tardive dyskinesia (Cochrane Review). Oxford: Update Software. *The Cochrane Library*, n. 4, 2007.
15. JOY, C. B.; ADAMS, C. E.; LAWRIE, S. M. Haloperidol versus placebo for schizophrenia. Oxford: Update Software. *The Cochrane Library*, n. 3, 2005.
16. BURGIONE, K. et al. The use of antiparkinsonian agents in the management of drug-induced extrapyramidal symptoms. *Curr. Pharm. Des.*, v. 10, n. 18, p. 2239-2248, 2004.
17. KLASCO, R. K. Extrapyramidal symptoms: drug therapy (Drug Consults). In: KLASCO, R. K. (Ed). *DRUGDEX® System*. Greenwood Village, Colorado: Thomson MICROMEDEX. 2007. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 18 maio 2008.

SUCCINATO DE METOPROLOL

Metoprolol como antiarrítmico em substituição ao atenolol.

A fibrilação atrial é a arritmia cardíaca mais comum com prevalência estimada em 0,4% a 1% da população mundial ⁽¹⁾ aumentando para 8% em pacientes maiores de 80 anos. Estudos relatam que os betabloqueadores como antiarrítmicos são indicados como classe I e grau de evidência C, ou seja, opiniões de especialistas ou estudos de caso apontam para benefícios e efetividade ⁽²⁾. Esses estudos fazem referência ao metoprolol e ao propranolol na forma farmacêutica injetável e oral. Não foram encontradas evidências científicas recentes que sustente o atenolol na arritmia cardíaca. Esse fato, aliado aos estudos recentes que questionam o risco de atenolol para idosos e gestantes (grau de risco D) ⁽³⁻⁴⁾ recomendamos a substituição do atenolol por metoprolol na indicação como antiarrítmico.

Referências:

- 1- Go AS, Hylek EM, Phillips KA, et al. Prevalence of diagnosed atrial fibrillation in adults: national implications for rhythm management and stroke prevention: the AnTicoagulation and Risk Factors in Atrial Fibrillation (ATRIA) Study. *JAMA*, v.285, p. 2370 -5, 2001.
- 2- ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and Fibrillation—Executive Summary: A Report of the American College of the European Society of Cardiology

Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients With Atrial Fibrillation): Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society.

3- Khan N, McAlister FA. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. *CMAJ*, v. 174, p. 737-42, 2006.

4- Elsik, M. Should beta blockers remain first-line drugs for hypertension? *Aust Prescr.*, v.30, p.5-7, 2007.

ANEXO D

PARECERES QUE SUBSIDIARAM A MANUTENÇÃO OU A NÃO INCLUSÃO DE MEDICAMENTOS NA RENAME 2008

I. NÃO INCLUSÃO

ACETATO DE DESMOPRESSINA

O acetato de desmopressina, também chamado DDAVP, é um fármaco empregado na doença de von Willebrand. Trata-se de uma coagulopatia hereditária que ocorre por deficiência do fator de von Willebrand (FvW), proteína responsável pela aderência de plaquetas ao endotélio lesado¹. No Brasil, 5% dos casos de hemofilia estão relacionados às formas clinicamente significativas da doença de von Willebrand e a outras deficiências de fatores de coagulação². De acordo com dados preliminares do Cadastro Nacional de Coagulopatias Hereditárias, de 2006, existem 2.270 pacientes diagnosticados com a doença de von Willebrand. Comparado ao cadastro anterior, de 2000, do próprio Ministério da Saúde, que listava 866 pacientes, este número representa um aumento de 61,9% no número de casos³. A doença é classificada em tipos 1, 2 e 3, sendo que o tipo 2 apresenta ainda 4 subtipos: 2A, 2B, 2M, 2N. A forma mais leve e mais comum da doença é o tipo 1 (60 a 80% dos casos). O FvW se encontra no plasma, formando um complexo com o fator VIII da coagulação (FVIII), e servindo de ponte entre plaquetas e estruturas subendoteliais, favorecendo a aderência plaquetária⁴. Nos pacientes com doença de von Willebrand pode ocorrer também a deficiência de fator VIII da coagulação. Nesses casos, é necessário promover aumento nos níveis sanguíneos de ambos os fatores, o que pode ser obtido com o uso da desmopressina, que promove a liberação desses fatores dos locais de armazenamento no organismo⁵. Este é o fármaco de escolha para tratamento de pacientes com doença de von Willebrand tipo 1 nas formas leve e moderada, principalmente quando nesses pacientes os níveis de fator VIII estiverem acima de 5%. Nessas formas da doença, a desmopressina (intranasal ou parenteral) é indicada para cessar sangramentos espontâneos ou induzidos por trauma leve⁶. Desmopressina também é administrada parenteralmente em processos cirúrgicos ou pós-operatórios para manter a homeostasia, evitando sangramentos. É contra-indicada para paciente com doença de von Willebrand tipo 1 na forma grave, bem como para aqueles que apresentam anormalidade molecular no antígeno do fator VIII. Mostra-se ineficiente em pacientes com o tipo 3 de von Willebrand, pelo desenvolvimento de

aloanticorpos, após múltiplas infusões^{3,6,7}. Pacientes que apresentam os tipos 1 e 3 da doença de von Willebrand podem necessitar de reposição intravenosa de FvW e FVIII. Aqueles pacientes não responsivos à desmopressina, ou que necessitem prevenção ou controle de sangramentos (isso envolve pacientes tipos 2A, 2M, 2N, 2B e 3), podem receber preparações de fator anti-hemofílico (humano) ricas em FvW⁶. A administração de desmopressina a um paciente responsivo após trauma leve ou antes de cirurgia dentária eletiva pode reduzir a necessidade de tratamento de reposição do fator de von Willebrand¹. Entretanto, considerando que o tratamento da doença de von Willebrand pode ser feito com o uso de outros fatores e que desmopressina não atende aos critérios de essencialidade, recomenda-se a sua não inclusão na Rename.

Referências

1. MANUAL Merck. Disponível em: <<http://www.tudoresidenciamedica.hpg.ig.com.br>>.
2. CAIO, V. M.; PAIVA E SILVA, R. B.; MAGNA, L. A. Genética comunitária e hemofilia em uma população brasileira. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 595-605, mai-jun, 2001.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Manual de diagnóstico e tratamento da doença de von Willebrand., 006. 41 p. (Normas e Manuais Técnicos, Série A.).
4. DIEZ DE EWALD, M.; VIZCAÍNO, G. Enfermedad de Von Willebrand: revisión. *Invest. Clin.*, v. 27, n. 2, p. 111-148, 1986. Disponível em: <<http://www.bvsalud.org>>.
5. BRUNTON, L.; LAZO, J.; PARKER, K. *Goodman & Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*. 11th. ed, New York: McGraw-Hill, 2006.
6. McEVOY, G. K. (Ed.). ASHF Drug information. Bethesda: ASHF, 2006.
7. KLASCO, R. K. (Ed.). DRUGDEX® System. [Database on the Internet]. Greenwood Village, Colorado: Thomson. MICROMEDEX, 1974-2006. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 5 out 2006.

ÁCIDO AMINOCAPRÓICO E ÁCIDO TRANEXÂMICO

O tratamento da hemofilia, doença mais comum dentre as coagulopatias hereditárias, baseia-se principalmente, na reposição do fator de coagulação deficiente (concentrados de fatores de coagulação VIII ou IX), normalmente obtido a partir de plasma humano. Concentrados recombinantes, desenvolvidos por modernas técnicas de biologia molecular e altamente purificados também são utilizados em diversos países. Os produtos derivados do plasma humano (hemoderivados) são os mais comumente utilizados no tratamento da hemofilia no Brasil¹. Contudo, a hemofilia, tanto A quanto a B, é uma doença que requer *tratamento de situações clínicas especiais* tais como: epistaxe, hematroses, hemorragia intramuscular, hemorragia em pescoço, assoalho da língua ou face; hematúria; hemorragia gastrointestinal; trauma craniano; cirurgias de pequeno porte; cirurgias de médio porte; cirurgias de grande porte; procedimentos invasivos; procedimentos odontológicos. Para algumas destas situações preconiza-se a utilização dos chamados antifibrinolíticos. As estratégias farmacológicas com antifibrinolíticos para reduzir o sangramento levam em conta as alterações da hemostasia provocadas pela CEC (Circulação Extra Corpórea) e o mecanismo de ação dos fármacos. Os antifibrinolíticos inibem a fibrinólise e, conseqüentemente, impedem ou diminuem a formação dos produtos de degradação da fibrina e do fibrinogênio, que têm ação deletéria sobre a função plaquetária. Além dessa ação, diminuem a conversão do plasminogênio em plasmina, que tem atividade proteolítica nos receptores plaquetários. Atualmente, são três os agentes antifibrinolíticos mais empregados: um inibidor de proteases séricas de amplo espectro, a aprotinina, e dois análogos do aminoácido lisina, o ácido aminocapróico (AAC) e o ácido tranexâmico (AT), que inibem a fibrinólise, pois atuam inibindo a proteína ativadora do plasminogênio, impedindo a formação da plasmina, proteína responsável pela lise da fibrina (componente essencial do coágulo). A diminuição do sangramento com esses fármacos varia, na maioria dos estudos, entre 30% e 50%². O AT é de seis a dez vezes³ mais potente que o AAC. Apresenta maior afinidade pelo plasminogênio, sua atividade antifibrinolítica é mais

sustentada e tem tempo de ação mais prolongado. Protocolo canadense para tratamento da hemofilia e doença de Willebrand's prevê como agente hemostático adjuvante⁴: a) AAC 75 mg/Kg (até 4 g) a cada 6 horas por 5 dias e b) AT 25 mg/Kg a cada 8 horas por 5 dias. O fato do AT ser mais potente faz com que possa ser usado em menor concentração menos vezes ao dia. Mas como é mais caro que o AAC, no Brasil, o resultado final é que o custo de tratamento com ele é maior. A diferença de custo/tratamento entre AAC e AT é de 1,7 vezes. Porém, a comodidade posológica e seu impacto na adesão ao tratamento pode ser mais importante que esse pequeno ganho em termos de redução de custo do tratamento com AAC, pois não está sendo considerado o custo da falha terapêutica pelo uso inadequado do medicamento. Entretanto, ainda que a eficácia e segurança desses dois fármacos esteja demonstrada, o tratamento da hemofilia já está contemplado na Rename com a oferta dos fatores de coagulação. Além disso, tanto o AT quanto o AAC não atendem aos critérios de essencialidade. Dessa forma, não se recomenda a inclusão desses fármacos na Rename.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual de tratamento das coagulopatias hereditárias*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 76 p.
2. SANTOS, A. T. L.; SPLETTSTOSSER, J. C.; WARPECHOWSKI, P. Antifibrinolíticos y cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. *Rev. Bras. Anesthesiol.*, v. 57, n. 5, p. 315-324, 2007
3. LEVY, J. H. Hemostatic agents and their safety. *J. Cardiothorac. Vasc. Anesth.*, v. 13, Suppl 1, 6-11, 1999.
4. ASSOCIATION OF HEMOPHILIA CLINIC DIRECTORS OF CANADÁ. Hemophilia and Von Willebrand's Disease: management. *Can. Med. Assoc.*, v. 153, n. 2, p. 147-157, 1995.

ANÁLOGOS DE INSULINA

A diabetes mellitus é um grupo de transtornos heterogêneos caracterizados por hiperglicemia e intolerância à glucose. No Brasil, estima-se a prevalência em 7% da população.¹ Dentre as principais complicações, destacam-se neuropatia, nefropatia, retinopatia, angiopatia, doenças cardiovasculares e acidentes vasculares encefálicos. Com o objetivo de manter o controle glicêmico adequado e de evitar as conseqüências decorrentes da doença, o uso de insulina exógena é indicado no tratamento da diabetes mellitus devido à deficiência de insulina (tipo 1) e para alguns casos em que a diabetes não é dependente de insulina (tipo 2). Na RENAME, estão disponíveis a insulina humana NPH e a insulina humana regular. Recentemente, com o advento da tecnologia de DNA recombinante, foi desenvolvido um grupo de insulinas análogas à humana, com alteração de suas características farmacocinéticas. Destas, estão disponíveis no mercado as insulinas lispro, aspart, glargina e detemir.² Até o momento, não existem evidências de redução total da mortalidade e morbidade com o uso de insulina lispro ou aspart em comparação a outros tipos de insulina.^{3,4,5,6} As evidências provenientes de ensaios clínicos aleatorizados duplo-cegos são insuficientes para assegurar alguma vantagem terapêutica da insulina lispro e aspart em comparação à insulina regular no tratamento da diabetes mellitus tipo 1. Em pacientes com diabetes mellitus tipo 2, não foram encontrados estudos da insulina lispro em comparação à insulina regular e, as evidências são insuficientes com o uso da insulina aspart. Além disso, são insuficientes em assegurar que o esquema de administração da insulina lispro ou aspart, imediatamente antes das refeições, provê alguma vantagem terapêutica adicional ao esquema recomendado para formas alternadas de insulina humana, 30 minutos antes das refeições.⁷ Entre as insulinas glargina e NPH e entre as insulinas detemir e NPH não são encontradas diferenças estatísticas ou clínicas significativas na mensuração de hemoglobina glicosilada e na incidência de hipoglicemia grave.^{8,9} Foram encontrados resultados variados de hipoglicemia noturna e total entre os estudos que avaliaram a insulina glargina; com o uso de insulina detemir, não são encontradas diferenças estatisticamente significativas. No caso da insulina glargina, a mensuração da qualidade de vida é inconsistente em pacientes com diabetes mellitus tipo 1 e não significativa em pacientes com diabetes mellitus tipo 2. A avaliação integrada da hemoglobina glicosilada e de episódios hipoglicêmicos revela que a redução da hemoglobina

glicosilada causada pela insulina glargina ou pela insulina detemir não está acompanhada de menor incidência de hipoglicemia grave em comparação aos demais tipos de insulina. Os ensaios clínicos aleatorizados que avaliaram a insulina glargina e a insulina detemir foram abertos, o que pode ter gerado viés nos resultados; como potencial variável de confusão, ressalta-se que nesses ensaios foi usada insulina em *bolus* de ação-rápida. Considerando os achados encontrados, não se recomenda a inclusão de qualquer insulina análoga à humana na RENAME.

Referências

1. KING, H.; AUBERT, R. E.; HERMAN, W. H. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care*. v. 21, n. 9, p. 1414-1431, 1998.
 2. SWEETMAN, S. (Ed.). *Martindale: The Complete Drug Reference*. Insulin. London : Pharmaceutical Press. Electronic version, Greenwood Village, Colorado: Thomson Healthcare. Updated periodically. Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>.
 3. GALE, E. A. M. et al. A randomized, controlled trial comparing insulin lispro with human soluble insulin in patients with Type 1 diabetes on intensified insulin therapy. *Diabetic Med.*, v. 17, n. 3, p. 209-214, 2000.
 4. ZINMAN, B. et al. Insulin lispro in CSII: Results of a double-blind crossover study. *Diabetes*, v. 46, n. 3, p. 440-443, 1997.
 5. HELLER, S. R. et al. Hypoglycaemia with insulin aspart: a double-blind, randomised, crossover trial in subjects with Type 1 diabetes. *Diabetic Med.* v. 21, n. 7, p. 769-75, 2004.
 6. HOME, P. D.; LINDHOLM, A.; HYLLEBERG, B. Insulin Aspart Study Group. Improved Glycemic Control with Insulin Aspart. A multicenter randomized double-blind crossover trial in type I diabetic patients. *Diabetes Care*, v. 21, n. 11, p. 1904-1909, 1998.
 7. GALLAGHER, A.; HOME P. D. The effect of improved post-prandial blood glucose control on post-prandial metabolism and markers of vascular risk in people with Type 2 diabetes. *Diabetes Res. Clin. Pract.*, v. 67, n. 3, p. 196-203, 2005.
 8. INSULIN glargine. Canadian Agency for Drug and Technologies in Health. Disponível em: <http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Lantus_Oct25-06.pdf>. Acesso em: 9 set. 2008.
- INSULIN detemir. Canadian Agency for Drug and Technologies in Health. Disponível em: http://www.cadth.ca/media/cdr/complete/cdr_complete_Levemir_August2_2006.pdf. Acesso em: 9 set. 2008.

ANTIINFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDE PARA USO PARENTERAL

Os agentes antiinflamatórios não-esteróides (AINE) têm lugar no tratamento da dor de leve a moderada. Os AINE injetáveis disponíveis no Brasil, extensivamente conhecidos e comumente utilizados no tratamento da dor aguda são: cetoprofeno, ceterolaco, e diclofenaco^{1,2}. A eficácia e segurança da dipirona parenteral foram avaliadas e comparadas com as dos outros AINE parenterais, de acordo com a evidência científica disponível. Em ensaio clínico randomizado (ECR) duplo-cego, a dipirona 2 g intravenoso apresentou eficácia similar ao dexcetoprofeno 50 mg intravenoso no alívio da dor em pacientes com cólica renal. Embora a comparação seja com o S-isômero do cetoprofeno, não há evidências de que o dexcetoprofeno apresente eficácia clínica superior ao cetoprofeno³. Em ensaio clínico não-randomizado e aberto, a dipirona 2500 mg intravenoso foi mais eficaz no controle da febre em pacientes com câncer do que o diclofenaco 75 mg intravenoso¹. Em cinco ECR^{4,5,6,7,8}, comparando a eficácia de dipirona e diclofenaco, na redução de episódios de dor, a dipirona (intramuscular ou intravenoso) 1 g obteve eficácia similar ao diclofenaco 75 mg (intramuscular e intravenoso) e a dipirona 2 g ou 2,5 g apresentou eficácia superior, em alguns desfechos de dor, ao diclofenaco 75 mg e não houve diferenças estatisticamente significativas na necessidade de medicamento de resgate entre os grupos recebendo dipirona 1 e 2 g intramuscular e diclofenaco sódico intramuscular. Em um ECR² não houve diferenças estatisticamente significativas na analgesia pós-operatória e na frequência de eventos adversos entre os grupos recebendo ceterolaco 30 mg intramuscular (a cada 8 horas) e dipirona 2 g intramuscular

(a cada 8 horas). A dipirona sódica 2 g intramuscular cada 12 horas obteve eficácia similar ao cetorolaco 30 mg intramuscular cada 6 horas no tratamento da dor de moderada a grave em cirurgias ortopédicas. Em EC não-randomizado (IIb) o diclofenaco mostrou eficácia no controle da febre em pacientes com câncer, porém menor que dipirona⁴. Não foram encontrados nas bases pesquisadas estudos de eficácia e segurança do uso de cetoprofeno, diclofenaco e cetorolaco, nas suas formas injetáveis, para o tratamento da febre em crianças⁹. No perfil de segurança dos AINE consideram-se efeitos adversos importantes: disfunção de coagulação (aumento no tempo de sangramento), toxicidade gastrointestinal (sangramento, perfuração e úlcera), falência renal aguda e reações alérgicas (anafilaxia, reações imunológicas)^{2,10}. Raramente ocorrem reações anafiláticas com o uso de diclofenaco sódico; no entanto, algumas particularidades sobre efeitos adversos aos AINE em questão²: o aumento do tempo de sangramento é o efeito adverso mais freqüente ao uso do cetorolaco; a incidência de trombose local seguida da administração intravenosa de diclofenaco sódico ultrapassa 60% e muitos casos de necrose tissular seguidos da administração intramuscular de diclofenaco sódico têm sido relatados. Não foram encontradas evidências estabelecidas sobre eficácia e segurança comparativa entre cetorolaco, cetoprofeno e diclofenaco, de uso parenteral para o tratamento da dor de leve a moderada, quando se consultou Clinical Evidence e Cochrane Library. Considerando que para o tratamento da febre, por via parenteral, não foram encontrados estudos comparativos de eficácia e segurança entre a dipirona e cetoprofeno ou cetorolaco, e que diclofenaco mostrou menor efeito antipirético que a dipirona; considerando o perfil equiparado de eficácia e segurança comparativa entre cetorolaco, cetoprofeno e diclofenaco de uso parenteral no tratamento da dor aguda¹¹, que a dipirona possui eficácia igual ou superior ao diclofenaco nas suas formas injetáveis para esta finalidade e que uma avaliação mostrou do maior custo comparativo dos AINE analisados em relação a dipirona injetável, o parecer é desfavorável à inclusão de um AINE solução injetável no item analgésicos e antipiréticos da Rename 2008.

Referências

1. REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO). Assessment and management of pain. Toronto (ON): Registered Nurses Association of Ontario, 2002.
2. KLASCO, R. K. (Ed): DRUGDEX® System. Greenwood Village, Colorado: Thomson MICROMEDEX, Disponível em: <<http://www.periodicos.capes.gov.br>>. Acesso em: 18 maio 2008.
3. SÁNCHEZ-CARPENA J. et al. Comparison of intravenous dexketoprofen and dipyrone in acute renal colic. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, v. 63, n. 8, p. 751-760, 2007.
4. OBORILOVÁ, A. et al. Symptomatic intravenous antipyretic therapy: efficacy of metamizol, diclofenac, and propacetamol. *J. Pain Symptom Manage*, v. 24, n. 6, p. 608-615, 2002.
5. SARAY, A. et al. Diclofenac and metamizol in postoperative analgesia in plastic surgery. *Acta Chir. Plast.*, v. 43, n. 3, p. 71-76, 2001.
6. MURIEL-VILLORIA, C. et al. Comparison of the onset and duration of the analgesic effect of dipyrone, 1 or 2 g, by the intramuscular or intravenous route, in acute renal colic. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, v. 48, n. 2, p. 103-107, 1995.
7. MURIEL, C.; ORTIZ, P. Efficacy of two different intramuscular doses of dipyrone in acute renal colic. *Methods Find Exp. Clin. Pharmacol.*, v. 15, n. 7, p. 465-469, 1993.
8. BABEJ-DÖLLE, R. et al. Parenteral dipyrone versus diclofenac and placebo in patients with acute lumbago or sciatic pain: randomized observer-blind multicenter study. *Int. J. Clin. Pharmacol. Ther.*, v. 32, n. 4, p. 204-209, 1994.

9. KOKKI, H. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for postoperative pain: a focus on children. *Paediatr. Drugs*, 2003; v. 5, n. 2, p. 103-123, 2003.
10. TARKKILA, P.; SAARNIVAARA, L. Ketoprofen, diclofenac or ketorolac for pain after tonsillectomy in adults. *Br. J. Anaesth.*, v. 82, n. 1, p. 56-60, 1999.
11. FORREST, J. B.; CAMU, F.; GREER, I. A. et al. Ketorolac, diclofenac, and ketoprofen are equally safe for pain relief after major surgery. *Br. J. Anaesth.*, v. 88, n. 2, p. 227-233, 2002.

ANTIINFLAMATÓRIO NÃO ESTERÓIDE NO TRATAMENTO DA GOTA

Um antiinflamatório não-esteróide (AINE) em dose terapêutica usual é apropriado para o tratamento de gota para maioria dos pacientes¹. Todos os AINE, incluindo os inibidores da ciclooxigenase 2 - COX₂, são empregados na gota aguda. Estudos de comparação duplo cego entre AINE (incluindo AINE *versus* inibidores da COX₂) não mostraram diferença significativa na eficácia, mas estes ensaios tinham pouco poder estatístico para identificar qualquer diferença¹. O tipo de AINE empregado depende das opções disponíveis e da possibilidade de efeitos gastrintestinais². No entanto, vale ressaltar que os tratamentos usualmente empregados na gota (colchicina oral, corticosteróides, hormônio adrenocorticotrópico e AINE) permanecem classificados como de efetividade desconhecida, o que torna o tratamento de ataques de gota largamente empírico. Quando aplicação de gelo e paracetamol falham no alívio da dor, é melhor usar um AINE com efeitos adversos bem documentados, tal como ibuprofeno em dose moderada³. Quando a terapia com AINE é inadequada, insuficientemente tolerada ou causadora de dano, a colchicina e esteróides podem ser considerados³. Os pacientes com gota devem ser informados que os tratamentos disponíveis não estão bem avaliados, só fornecem benefícios limitados, e têm efeitos adversos bem conhecidos. Esta informação deve reforçar a importância de uma dieta saudável³. Deve-se assim manter ibuprofeno 600mg como consta na seção 3.1 da Rename.

Referência

1. MCGILL, N. Management of acute gout. *Aust. Prescr.*, v. 27, n. 1, p. 10-13, 2004. Disponível em: <<http://www.australianprescriber.com/upload/pdf/articles/514.pdf>>.
2. BMJ CLINICAL EVIDENCE. Treating acute gout. NSAIDs. Disponível em: <http://clinicalevidence.bmj.com/ceweb/conditions/msd/1120/1120_I1.jsp>.
3. TREATMENT of gout attacks. *Prescrire Int.*, v. 17, n. 95, p. 123, 2008.

BETA-2 AGONISTA DE LONGA DURAÇÃO

O tratamento de primeira escolha para o controle da asma crônica leve a moderada é o corticosteróide inalante (CI). Nos casos de persistência dos sintomas com o uso desse medicamento, recomenda-se o aumento de sua dose ou associação com β 2-agonistas de longa duração (β 2-ALD). Essa associação é recomendada como primeira linha de tratamento apenas em pacientes com asma grave¹, mas não há dados de segurança suficientes, principalmente sobre mortalidade, para considerá-lo efetivo para essa indicação. Além disso, há controvérsias e especulações sobre o benefício dos β 2-ALD em pacientes com asma leve a moderada. A evidência científica disponível atualmente (três revisões sistemáticas^{2,3,4}) não mostra diferença significativa entre a associação β 2-ALD + CI comparado ao CI isolado no que diz respeito a: a) incidência de exacerbações com necessidade de uso de corticosteróide oral; b) exacerbação com necessidade de hospitalização; c) efeitos adversos; e d) abandono do tratamento. A associação foi relacionada apenas à melhora na função pulmonar, verificada pelo volume expiratório forçado no primeiro segundo, e a maior incidência de tremores. Portanto, até o momento não há evidências disponíveis de que a associação de β 2-ALD à corticoterapia inalante seja indicada como primeira linha de tratamento para pacientes

virgens de tratamento com CI, que apresentem asma leve a moderada persistente. Nem mesmo em pacientes que não respondem a doses baixas de corticoterapia isolada, uma vez que a associação não se mostrou superior às altas doses de corticosteróides. Contudo, o uso de β 2-ALD favorece a diminuição da dose de corticosteróide, o que poderia reduzir os efeitos adversos relacionados a esse fármaco, como diminuição no crescimento, supressão adrenal e osteopenia. Porém, nenhum estudo avaliou esses efeitos. Além disso, os estudos não consideraram o desfecho mortalidade. Outro ponto importante a ser ressaltado é que o uso regular e constante de β 2-ALD pode levar a tolerância dos receptores β 2-adrenérgicos, prejudicando a ação broncodilatadora do medicamento⁵. Dessa forma, conclui-se que os β 2-ALD não são essenciais para o tratamento de pacientes com asma leve a moderada persistente e que sua associação a CI não é superior a altas doses de CI. Nesse caso, não se recomenda a inclusão dos β 2-ALD para essas indicações na Rename.

Referências

1. CATES, C. Chronic asthma. Extracts from Clinical Evidence. *BMJ*, v. 323, p. 976-979, 2000.
2. NI CHROININ, M.; GREENSTONE, I. R.; DUCHARME, F. M. Addition of inhaled long-acting beta2-agonists to inhaled steroids as first line therapy for persistent asthma in steroid-naïve adults. *The Cochrane Library*, 2004.
3. GIBSON, P. G.; POWELL, H.; DUCHARME, F. Long-acting beta2-agonists as an inhaled corticosteroid-sparing agent for chronic asthma in adults and children. *The Cochrane Library*, 2005.
4. GREENSTONE, I. R. *et al.* Combination of inhaled long-acting beta2-agonists and inhaled steroids versus higher dose of inhaled steroids in children and adults with persistent asthma. *The Cochrane Library*, 2005.
5. SALPETER, S. R.; ORMISTON, T. M.; SALPETER, E. E. Meta-Analysis: Respiratory Tolerance to Regular β 2-Agonist Use in Patients with Asthma. *Ann. Intern. Med.*, v. 140, p. 802-813, 2004.

CARBONATO DE CÁLCIO

A síndrome hipertensiva está entre as causas mais frequentes de óbito materno.¹ A hipertensão arterial sistêmica incide em cerca de 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal.^{1, 2} Pré-eclâmpsia é doença hipertensiva específica da gestação e caracteriza-se pela manifestação após a vigésima semana (exceção para quando houver mola hidatidiforme), associada à proteinúria significativa, podendo persistir no máximo até a sexta semana após o parto.¹ A prevenção da pré-eclâmpsia com suplementação de cálcio foi inicialmente proposta pelo fato de que gestantes com pré-eclâmpsia apresentam hipocalciúria e porque em populações com baixa renda, mas com ingesta elevada de cálcio a pré-eclâmpsia é menos frequente^{1,2}. Ensaio clínico^{3, 4, 5, 6}, metanálise⁷ e revisão sistemática⁸ foram realizados nas últimas décadas com o objetivo de correlacionar a suplementação de cálcio e as quantidades ingeridas na dieta com os níveis pressóricos e pré-eclâmpsia. Estudos que incluíram gestantes com baixa ingesta de cálcio apresentaram resultados favoráveis à suplementação^{3, 4, 7, 8}. Entre eles destaca-se a revisão sistemática que avaliou 12 ensaios clínicos randomizados totalizando 15.206 mulheres⁸. A maioria dos estudos utilizou de 1,5 a 2,0g/cálcio/dia, com no mínimo 1,0g/dia. Os resultados encontrados foram: redução modesta da pressão arterial e do risco de pré-eclâmpsia, com efeito maior em mulheres com alto risco de hipertensão e para aquelas com baixa ingestão de cálcio; e redução do risco de parto prematuro, somente entre as mulheres com maior risco de hipertensão. Não houve evidência de qualquer efeito da suplementação sobre o óbito fetal. Nesta revisão não foram detectados efeitos adversos com a suplementação de cálcio⁸. Considerando o benefício demonstrado, o baixo risco e custo da suplementação, a presença do carbonato de cálcio na Rename se justifica para uso em gestantes com risco elevado de hipertensão e ingesta pobre em cálcio.

Referências:

1. DUNCAN BB; SCHMIDT MI; GIUGLIANI ERJ. Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
2. BELIZAN LM, VILLAR J. The relationship between calcium intake and edema, proteinuria and hypertension-gestosis: A hypothesis. *Am J Clin Nutr*, v. 33, p. 2202–2210, 1980.
3. VILLAR J, et al World Health Organization randomized trial of calcium supplementation among low calcium intake pregnant women. *Am J Obstet Gynecol*, v. 194, p. 639-49, 2006.
4. LOPEZ-JARAMILLO P, et al. Calcium Supplementation and the Risk of Preeclampsia in Ecuadorian *Pregnant Teenagers Obstet Gynecol*, v. 90, p.162-7, 1997.
- 5 SANCHEZ-RAMOS L, ADAIR D, KAUNITZ AM, BRIONES DK, DEL VALLE G, DELKE I, Calcium Supplementation in Mild Preeclampsia Remote From Term: A Randomized Double-Blind Clinical Trial. *Obstet Gynecol*, v. 85, p. 915-8, 1995.
6. LEVINE RJ, et al. Trial of Calcium to Prevent Preeclampsia. *The New England Journal of Medicine*, v. 337, n.2, p.69-76, 1997.
7. BUCHERH C, et al. Effect of calcium supplementation on pregnancy-induced hypertension and preeclampsia: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, v.275, n.14, p.1113-1117, 1996.
8. ATALLAH NA, HOFMEYR GJ, DULEY L. Suplementação com cálcio durante a gravidez para prevenir hipertensão e problemas relacionados (Revisão Cochrane) (Cochrane Review). In: Resumos de Revisões Sistemáticas em Português, Issue 4, 2007.Oxford: Update Software.

DERIVADOS DO ÁCIDO VALPRÓICO COMO ANTICONVULSIVANTES

O ácido valpróico está disponível, além da forma de ácido, como derivados valproato de sódio e divalproato de sódio – composto estável de partes iguais de ácido valpróico e valproato de sódio^{1,2}. As três substâncias se convertem *in vivo* na mesma forma ativa (ânion valproato) e compartilham o mecanismo de ação e tolerabilidade, embora o tipo de formulação influencie a incidência de efeitos adversos gastrointestinais^{1,3}. As reações adversas mais frequentes ao uso do ácido valpróico são aumento de peso, sintomas gastrointestinais, alopecia e tremor; sedação, declínio cognitivo leve, pancreatite e hepatotoxicidade (casos fatais são relatados) também podem ocorrer³. Observa-se que o uso de divalproato de sódio em formulações de liberação retardada reduz os efeitos do trato gastrointestinal, em alguns pacientes⁴, mas o risco não é de todo eliminado¹. Esses efeitos podem ser minimizados com a administração do valproato de sódio junto às refeições ou início da terapia com a menor dose possível, aumentando-a muito gradativamente^{1,3}. Não há ensaios clínicos que avaliem as diferenças clinicamente relevantes, no que diz respeito à eficácia e tolerabilidade, entre divalproato de sódio, ácido valpróico e valproato de sódio^{5,6}. No Brasil, as preparações contendo valproato de sódio estão disponíveis na forma de comprimidos revestidos e xaropes; as com ácido valpróico como comprimidos revestidos, xaropes e cápsulas gelatinosas; e o divalproato de sódio como comprimidos de liberação retardada⁷. Como conclusão, não se vê necessidade de alteração do valproato de sódio para o ácido valpróico ou divalproato, uma vez que não há estudos que comparem sua eficácia e tolerabilidade. Ademais, o perfil de reações adversas entre eles é similar, com alguma exceção relativa aos efeitos gastrointestinais menores ao divalproato; contudo, essa diferença pode ser relacionada à formulação farmacêutica, e esse efeito adverso pode ser minimizado com a ingestão do valproato de sódio junto às refeições.

Referências

1. AMERICAN SOCIETY OF HEALTH-SYSTEM PHARMACISTS. *AHFS Drug Information 2007*. Bethesda MD: American Society of Health-System Pharmacists, 2007.
2. HUTCHISON, T. A.; SHAHAN, D. R. (Ed). DRUGDEX® System. MICROMEDEX. Greenwood Village, Colorado: Thomson MICROMEDEX, 2008. Disponível em: <<http://www.portaldapesquisa.com.br>> . Acesso em 18 abr. 2008.

3. ARONSON, J. K. (Ed.). *Meyler's Side Effects of Drugs*. 15th. ed. Amsterdam: Elsevier Science Publishers, 2006.
4. DRUG facts and comparisons. 60th. ed. St. Louis: Facts and Comparisons; 2006.
5. THE COCHRANE LIBRARY. Oxford: Update Software. Disponível em: <<http://www.bireme.br>>. Acesso em: 24 abr. 2008.
6. IOWA DRUG INFORMATION SERVICE. (IDIS). Base de dados da Internet. Iowa City: University of Iowa. C 1965. Disponível em: <<http://itsnt14.its.uiowa.edu>>. Acesso em 24 abr. 2008.
7. HIS-PROD Medicamentos-Online: Histórico de Registro de Produtos e Medicamentos. São Paulo: Optionline. Disponível em: <<http://www.i-helps.com>>. Acesso em: 23 abr. 2008.

PROSTAGLANDINAS E BRIMONIDINA

A terapia inicial da hipertensão ocular é feita com beta-bloqueadores tópicos e está associada à cerca de 30 a 40% de falha terapêutica após dois anos de tratamento regular¹. Nestes casos, e quando a cirurgia não está indicada, um segundo medicamento pode ser associado ou optar-se pela monoterapia, trocando-se por um agente tópico de segunda linha. Dentre as alternativas a serem utilizadas como monoterapia de segunda linha para o tratamento do Glaucoma, destacam-se as prostaglandinas (latanoprost, bimatoprost e travoprost) e a brimonidina, um agonista alfa-adrenérgico². De acordo com os trabalhos analisados, como segunda linha de tratamento, a brimonidina e a latanoprost revelaram ser igualmente eficazes no controle da pressão intraocular, destacando-se a necessidade de individualização do tratamento^{3,4}. É importante ressaltar que a taxa de prevalência de Hipertensão Ocular é de aproximadamente 2% da população acima de 45 anos, destes uma parcela menor ainda irá necessitar de modificação do tratamento inicial para controle da pressão intra-ocular¹. Considerando as razões apresentadas anteriormente, o tratamento de segunda linha para hipertensão ocular não possui caráter essencial.

Referência

1. Kobelt G, Jonsson L Modeling cost of treatment with new topical treatments for glaucoma: results from France and the United Kingdom. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, v. 15, n.1, p. 207-219, 1999.
2. Maier P C, Funk J, Schwarzer G, Antes G, Falck-Ytter Y T. Treatment of ocular hypertension and open angle glaucoma: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*, v.331, p. 134, 2005.
3. Fung A T, Reid S E, Jones M P, Healey P R, McCluskey P J, Craig J C. Meta-analysis of randomised controlled trials comparing latanoprost with brimonidine in the treatment of open-angle glaucoma, ocular hypertension or normal-tension glaucoma. *British Journal of Ophthalmology*, v. 91, n.1, p. 62-68, 2007.
4. Einarson T R, Kulin N A, Tingey D, Iskedjian M. Meta-analysis of the effect of latanoprost and brimonidine on intraocular pressure in the treatment of glaucoma. *Clinical Therapeutics* v.22, n.12, p. 1502-1515, 2000.

VACINA HPV

O câncer do colo uterino é atualmente o segundo tipo de câncer mais prevalente entre as mulheres brasileiras. A infecção persistente pelo papilomavírus humano (HPV) está presente em mais de 99% dos casos, sendo a infecção pelos subtipos 16 e 18 responsável por 70% deles.^{1,2} Duas

revisões sistemáticas de ensaios clínicos randomizados, com tempo máximo de seguimento de 5,5 anos, avaliaram a eficácia e segurança da vacina contra HPV. Os resultados foram favoráveis contra os subtipos 16 e 18, com eficácia de 86% (IC95% RRR= 79-91%)³ para prevenção da lesão precursora de neoplasia intra-epitelial uterina graus 2 e 3, e eficácia de 87% (IC95% RRR= 80-91%)⁴ para prevenção de infecção persistente por HPV. Não houve relatos de reações adversas graves relacionadas à vacina. Apesar de apresentar alta eficácia para os desfechos citados, não há resultados para prevenção do câncer do colo uterino devido ao curto período de seguimento dos estudos. Além disso, alguns aspectos precisam ser esclarecidos, como o tempo de duração da imunidade, necessidade de reforço da vacina, possibilidade de desequilíbrio da prevalência de outros tipos oncogênicos de HPV, impacto da vacinação em saúde pública e riscos em grupos específicos, como gestantes e imunodeprimidos. Assim, recomenda-se a não inclusão da vacina contra HPV na Renome, sendo mais relevante o fortalecimento das ações de controle do câncer do colo do útero, como estruturação dos serviços de saúde e da rede de laboratórios para identificação e monitoramento da infecção pelo HPV, realização de estudos sobre prevalência do HPV no Brasil e custo-efetividade da vacina na perspectiva do SUS.

Referências

1. FOERSTER, V.; MURTAGH, J. *Vaccines for prevention of human papillomavirus infection* [Issues in emerging health technologies issue 75]. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, 2005.
2. DANISH CENTRE FOR HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (DACEHTA). Reduction in the risk of cervical cancer by vaccination against human papillomavirus (HPV) – a health technology assessment. *Health Technol. Assess.*, v. 9, 1, p. 4-14, 2007.
3. RAMBOUT, L.; HOPKINS, L.; HUTTON, B. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ*. v. 177, n. 5, p. 469-479, 2007.
4. LA TORRE, G.; DE WAURE, C.; CHIARADIA G. et al. HPV vaccine efficacy in preventing persistent cervical HPV infection: A systematic review and meta-analysis. *Vaccine*, v. 25, p. 8352–8358, 2007.

II. MANUTENÇÃO

CIPIONATO DE TESTOSTERONA

De acordo com Handelsman¹, a testosterona é clinicamente empregada de modo apropriado sob dois modos distintos: terapêutica de reposição androgênica (TRA) e terapêutica androgênica farmacológica (TAF). O primeiro caso (TRA) é a principal indicação para correção de deficiência androgênica em razão de distúrbios do testículo, da pituitária ou do hipotálamo, de etiologia genética ou adquirida. No segundo caso (TAF) usam-se androgênios sem consideração *a priori* de dose ou classe farmacológica, pretendendo-se atingir efeitos androgênicos salutares no homem com doença crônica, não obstante a falta de prova de que esta terapêutica adjunta melhoraria a sobrevivência pela mudança na história natural da doença subjacente fatal (anemia decorrente de insuficiência da medula óssea ou de insuficiência renal, insuficiência cardíaca ou respiratória crônica, doença autoimune dependente de esteróides, definhamento pela síndrome de imunodeficiência adquirida, prevenção de ataques de urticária ou angioedema hereditários e tratamento paliativo de câncer de mama terminal). O uso impróprio é a prescrição excessiva e sistemática para indicações médicas não comprovadas como no processo de velhice masculina (“andropausa”) e para homens infectados pelo vírus da imunodeficiência humana, mas sem a síndrome correspondente. Pesquisa-se também a testosterona como método contraceptivo para o homem, e uma revisão sistemática² concluiu que: “nenhuma contracepção hormonal para o homem está disponível para uso clínico”. O uso ilícito, para aumentar a potência nos esportes e o aumento de compleição, é generalizado¹. Na terapêutica de reposição androgênica deve-se dar preferência aos ésteres de testosterona (enantato, propionato ou undecilato, ou mistura de ésteres³; enantato ou cipionato⁴), sob preparação de depósito por via intramuscular, ou implantes, para o tratamento de hipogonadismo. Apesar de mais de 50 anos de uso clínico, a segurança a longo prazo de reposição

de testosterona ainda não foi demonstrada em ensaios clínicos controlados⁴. O Ministério da Saúde⁵ não dispõe nenhum éster de testosterona no Programa de Medicamentos de Dispensação Excepcional, até porque não há protocolo clínico e diretriz terapêutica definidos. Assim, em razão da falta de acesso nas listas especiais do Ministério da Saúde, deve-se manter no Renome o cipionato de testosterona solução injetável 100 mg/mL para tratamento de hipogonadismo, com a restrição de prescrição por especialista.

Referências

1. HANDELSMAN, D. J. Testosterone: use, misuse and abuse. *MJA*, v. 185, n. 8, p. 436-439, 2006. Disponível em: <http://mja.com.au/public/issues/185_08_161006/han10124_fm.pdf>.
2. GRIMES, D. A.; LOPEZ, L. M.; GALLO, M. F. et al. Steroid hormones for contraception in men. *Cochrane Review*. The Cochrane Library, n. 4, 2007. Oxford: Update Software. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>.
3. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION . ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. BNF. 6. 4. 2. Male sex hormones and antagonists. 55th. ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007. Disponível em: <<http://www.medicinescomplete.com/mc/bnf/current/4360.htm>>.
4. MINER, M. M.; SADOVSKY, R. Evolving issues in male hypogonadism: evaluation, management, and related comorbidities. *Cleve. Clin. J. Med.*, v. 74, Suppl 3, p. S38-46, 2007. Disponível em: <http://www.ccm.org/PDFFILES/Hypogonadismsuppl3_07.pdf>.
5. BRASIL Ministério da Saúde. Programa. Medicamentos de dispensação excepcional. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25315>.

CLORIDRATO DE NORTRIPTILINA

Segundo o *British National Formulary* (BNF)¹, a escolha de um antidepressivo tricíclico ou relacionado a ele, de um inibidor seletivo de recaptção da serotonina (ISRS) ou de inibidores da monoaminaoxidase, considerando-se também que vários antidepressivos não podem ser facilmente acomodados a essa classificação, deveria observar, entre outros aspectos, que: a) a escolha de um antidepressivo deve ter por base as necessidades do paciente, incluindo a existência de doença concomitante, terapêutica empregada, risco de suicídio e resposta prévia à terapêutica antidepressiva; b) os antidepressivos tricíclicos podem ser adequados para muitos pacientes deprimidos, entretanto, se os efeitos adversos, em potência, dos tricíclicos mais antigos são objeto de preocupação, um ISRS ou uma das novas classes de antidepressivos pode ser apropriada. Embora os ISRS pareçam ser melhor tolerados que os fármacos mais antigos, a diferença é muito pequena para justificar sempre a escolha de um ISRS como tratamento de primeira escolha; c) comparado com os tricíclicos mais antigos (por exemplo, amitriptilina), os fármacos relacionados aos tricíclicos (por exemplo, trazodona) têm menor frequência de efeitos adversos antimuscarínicos, tais como boca seca e obstipação. Os fármacos relacionados aos tricíclicos podem estar associados com menor risco de cardiotoxicidade em doses excessivas, mas têm alguns efeitos adversos adicionais. O BNF¹ ainda considera que os fármacos antidepressivos tricíclicos e relacionados a eles podem ser divididos aproximadamente entre aqueles com propriedades sedativas adicionais (amitriptilina, clomipramina, trazodona, e outros) e aqueles com menores propriedades sedativas (imipramina e nortriptilina). De acordo com Baldessarini² “os tricíclicos aminosecundários com efeitos anticolinérgicos um pouco mais suaves, principalmente a nortriptilina e a desipramina, podem ser considerados como alternativa ou segunda opção para pacientes idosos ou portadores de outras doenças clínicas, especialmente se forem administrados em doses moderadas fracionadas”. Afirma ainda que em comparação com a amitriptilina, a nortriptilina teria menos efeitos colaterais (convulsões, sedação, hipotensão, efeitos anticolinérgicos, ganho ponderal e efeitos cardíacos). Ainda o BNF¹, com relação à amitriptilina, assim como com dosulepina (dotiepina) diz que são efetivos mas particularmente perigosos em doses excessivas e não são recomendadas para o tratamento da depressão. Wannmacher³ em conclusão sobre a seleção de antidepressivos tricíclicos

e atípicos conclui, depois de considerar a tolerabilidade e eficácia de amitriptilina com as de outros antidepressivos tricíclicos, heterocíclicos e ISRS que: “pacientes hospitalizados responderam melhor à amitriptilina (NNT = 24) do que pacientes ambulatoriais (NNT = 200) em comparação a outros tricíclicos” e que “se há necessidade de efeito sedativo, a preferência recai sobre amitriptilina; sendo a sedação um problema, é preferível usar agentes mais ativadores”. O National Prescriber Service⁴ em monografia sobre o tratamento da depressão afirma que: “os tricíclicos não são a primeira preferência em idosos porque seus efeitos adversos de sedação aumentam o risco de quedas. Eles não deveriam ser usados em pacientes com doença cardíaca em razão de seus efeitos pró-arrítmicos e anticolinérgicos. De todos os tricíclicos, a nortriptilina é o menos provável de causar hipotensão, sedação ou efeitos anticolinérgicos”. Desse modo, é pertinente a manutenção do cloridrato de nortriptilina na Rename, por ser mais adequado, entre os tricíclicos, para uso em pacientes de ambulatório, e entre estes os idosos.

Referências

1. BRITISH MEDICAL ASSOCIATION . ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN. *British National Formulary*. 54th. ed. London: British Medical Association and Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, 2007.
2. BALDESSARINI, R. J. Tratamento farmacológico da depressão e dos transtornos de ansiedade. In: BRUNTON, L. L.; LAZO, J. S.; PARKER, K. (Ed). Goodman & Gilman. As Bases Farmacológicas da Terapêutica. 11. ed. Revisão de conteúdo Almir Lourenço da Fonseca. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2006. p. 383-410.
3. WANNMACHER, L. Fármacos usados nos distúrbios afetivos. In: FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M. B. C. *Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional*. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p. 593
4. NATIONAL PRESCRIBER SERVICE. Managing depression. *Prescr. Pract. Rev.*, 27. August 2004. Disponível em: <http://www.nps.org.au/site.php?content=/html/ppr.php&ppr=/resources/Prescribing_Practice_Reviews/ppr27>

REFLEXÕES QUANTO A ESSENCIALIDADE DOS BETA BLOQUEADORES NAS DIVERSAS INDICAÇÕES

Os estudos disponíveis, em 2005, durante a preparação da Rename 2006, levaram a Comissão a incluir o atenolol como antiarrítmico, na cardiopatia isquêmica e como anti-hipertensivo^{1,2} e o succinato de metoprolol no tratamento da insuficiência cardíaca. Esses dois betabloqueadores têm mecanismos de atuação mais seletivos, apresentam menores efeitos adversos e melhor comodidade em relação aos não seletivos como o propranolol³. Manteve-se o cloridrato de propranolol como antiarrítmico, na cardiopatia isquêmica e como anti-hipertensivo no caso de indicação pediátrica⁴. Com relação ao uso na gravidez, o propranolol e o metoprolol são classificados na categoria de risco C e o atenolol como risco D (mais grave). Assim, recomendou-se o propranolol na Rename 2006 em indicação pediátrica e o metoprolol para pacientes grávidas.

Depois do lançamento da Rename 2006, sob múltiplas informações quanto aos betabloqueadores, o primeiro aspecto revisto foi o emprego na insuficiência cardíaca, em que estudos sistemáticos de comparação entre metoprolol e carvedilol mostraram que o carvedilol apresentava maiores benefícios, incluindo econômicos^{5,6}.

Revisão Cochrane⁷, em que 13 ensaios clínicos controlados foram incluídos, e que compararam betabloqueadores com placebo ou nenhum tratamento, diuréticos, bloqueadores de canal de cálcio, e inibidores do sistema renina-angiotensina, concluiu que as provas disponíveis não apoiavam o uso de betabloqueadores como fármacos de primeira escolha no tratamento da hipertensão, pois tinham um efeito relativamente fraco para reduzir o acidente vascular cerebral e a ausência de efeito na doença cardíaca coronariana quando comparado a placebo ou nenhum

tratamento, e além disso havia tendência de desfechos piores em comparação com bloqueadores de canal de cálcio, inibidores do sistema renina-angiotensina e diuréticos tiazídicos; a maioria das provas para estas conclusões vieram de ensaios em que o atenolol foi o betabloqueador usado (em 75% dos participantes desta revisão). Outros estudos assinalam risco maior de mortalidade e acidentes cerebrovasculares com o uso de atenolol para a população idosa⁸⁻¹⁰. **Desse modo, não se aconselha o atenolol, como anti-hipertensivo, para pacientes idosos ou grávidas.**

As discussões sobre este tema prosseguem e esta comissão estará atenta aos novos estudos conclusivos.

Referências

- 1-Gottlieb SS, McCarter RJ. Comparative effects of three beta blockers (atenolol, metoprolol and propranolol) on survival after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2001; 87:823-826.
- 2-Miller JM, Zipes DP. Therapy for Cardiac Arrhythmias. In: Zipes DP, Libby P, Bonow RO, Braunwald E (eds.). *Braunwald's Heart Disease. A textbook of Cardiovascular Medicine.* 7 ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2005: 727.
- 3-Klasco RK (Ed). USP-DI System. Thomson MICROMEDEX, Greenwood Village, Colorado, USA. Disponível em: <http://www.periodicos.capes.gov.br>
- 4- Taketomo CK, Hodding JH & Kraus DM. *Pediatric Dosage Handbook.* 9 ed. 2002.
- 5- Krum H, Lim S. Pharmacoeconomics of beta-blockers: effective and cost-effective therapy in chronic heart failure. *European Journal of Heart Failure* 2001; 3:399-402.
- 6- Poole-Wilson PA, Cleland JGF, Di Lenarda A, Hanrath P, Komajda M, Metra M et al. Rationale and design of the carvedilol or metoprolol European trial in patients with chronic heart failure: COMET. *European Journal of Heart Failure.* 2002 Jun; 4 (3):321-329.
- 7- Wiysonge CS, Bradley H, Mayosi BM, Maroney R, Mbewu A, Opie LH, Volmink J. Beta-blockers for hypertension (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2008. Oxford: Update Software. Disponível em: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=CD002003&lang=pt>
- 8- Carlberg B, Samuelsson O, Lindholm LH. Atenolol in hypertension: is it a wise choice? *Lancet* 2004, 364(9446):1684-89.
- 9- Khan N, McAlister FA. Re-examining the efficacy of beta-blockers for the treatment of hypertension: a meta-analysis. *CMAJ* 2006; 174:1737-42. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/174/12/1737>
- 10- Schumann S-A, Hickner J. When *not* to use beta-blockers in seniors with hypertension. *J Fam Pract.* 2008 Jan; 57 (1): 18-21. Disponível em: <http://www.jfponline.com/Pages.asp?AID=5835>

ANEXO E

CONVENÇÕES: DENOMINAÇÕES ADOTADAS PARA FORMAS FARMACÊUTICAS (APRESENTAÇÕES) NA RENAME 2008

CLASSE	RENAME 2008
Formas líquidas	Emulsão Enema Gás inalante Líquido volátil Loção Solução Solução alcoólica Solução bucal Solução degermante Solução inalante Solução nasal Colírio Solução oleosa Solução oral Solução inalante Suspensão em sorbitol 70% Suspensão oral Xarope
Formas sólidas	Cápsula Cápsula de liberação prolongada Comprimido Comprimido de liberação controlada Comprimido mastigável Comprimido sublingual Pó Pó para solução oral Pó para suspensão oral
Formas semi-sólidas	Creme Creme vaginal Gel

	Gel oral Gel alcoólico Loção Pasta Pomada Pomada oftálmica
Formas injetáveis	Emulsão injetável Pó para solução injetável Pó para suspensão injetável Solução injetável Solução injetável para uso odontológico
Outras formas farmacêuticas	Supositório Aerossol
Novas formas farmacêuticas	Xampu Goma de mascar Adesivo transdérmico

ANEXO F

CLASSIFICAÇÃO ANATÔMICA TERAPÊUTICA QUÍMICA (ANATOMICAL THERAPEUTIC CHEMICAL - ATC) E DOSE DIÁRIA DEFINIDA (DDD)

O Sistema de Classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC) foi desenvolvido devido à necessidade de se adotar uma classificação internacional uniforme para medicamentos. Trata-se de uma ferramenta recomendada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para a realização de

estudos farmacoepidemiológicos, como comparações de padrões de utilização dos medicamentos em diferentes contextos.

Nesse sistema de classificação os medicamentos são alocados em diferentes grupos, de acordo com seus locais de ação e suas características terapêuticas e químicas. Há cinco níveis diferentes. Inicialmente, os medicamentos são divididos em 14 grupos anatômicos principais (nível 1), os

quais abrigam dois subgrupos terapêutico/farmacológicos (níveis 2 e 3). O nível 4 é um subgrupo terapêutico/farmacológico/químico e o nível 5 é a substância química propriamente dita. Os níveis 2, 3 e 4 podem, por vezes, identificar o subgrupo farmacológico, quando isto é considerado mais apropriado que o subgrupo terapêutico ou químico.

Os medicamentos são classificados de acordo com seu uso terapêutico principal, levando-se em conta o seu princípio ativo, no preceito básico de um único código ATC para cada formulação farmacêutica, isto é, com os mesmos ingredientes, doses e forma farmacêutica. Entretanto, um medicamento pode receber mais que um código ATC se for disponível em duas ou mais doses ou formulações com diferentes usos terapêuticos. Por exemplo, os hormônios sexuais, em certas doses, são utilizados somente no tratamento do câncer e são classificados como L02 – Terapia endócrina.

Permanecendo a mesma dosagem e intensidade de ação, são classificados como G03 – Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital.

A completa classificação de medicamentos com sinvastatina ilustra a estrutura do código:

B Sangue e órgãos hematopoiéticos

(1.º nível, grupo anatômico principal)

04 Agentes redutores de lipídios séricos

(2.º nível, grupo terapêutico principal)

A Redutores de colesterol e de triglicerídios

(3.º nível, sub-grupo terapêutico)

B Inibidores da HMG,CoA redutase

(4.º nível, subgrupo químico/terapêutico)

01 Sinvastatina

(5.º nível, subgrupo de substância química)

Assim, de acordo com o sistema ATC, qualquer medicamento não associado que contenha sinvastatina é classificado pelo código **B04AB01**.

Os grupos anatômicos principais do sistema ATC são:

- A** Aparelho digestivo e metabolismo
- B** Sangue e órgãos hematopoiéticos
- C** Sistema cardiovascular
- D** Dermatológicos
- G** Sistema genito urinário e hormônios sexuais
- H** Hormônios de uso sistêmico, excluindo hormônios sexuais
- J** Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico
- L** Antineoplásicos e agentes moduladores do sistema imunológico
- M** Sistema músculo esquelético
- N** Sistema nervoso central
- P** Produtos antiparasitários
- R** Sistema respiratório
- S** Órgãos dos sentidos
- V** Vários

DOSE DIÁRIA DEFINIDA – DDD

Dose Diária Definida (DDD) é uma unidade de medida de consumo de medicamentos, criada para superar as dificuldades derivadas da utilização de mais de um tipo de unidade em estudos de utilização de medicamentos. Esta é a unidade utilizada pelo Conselho Nórdico sobre Medicamentos

(Nordic Council on Medicines), pioneiro nos estudos de utilização de medicamentos, e é a unidade recomendada pelo Grupo de Estudos de Utilização de Medicamentos da OMS (WHO Drug Utilization Research Group).

A DDD é definida para cada fármaco. Essa unidade definida representa a dose diária média de cada fármaco na sua indicação principal.

Portanto, a DDD não é mais que uma unidade técnica internacional de medida do consumo de medicamentos. É estabelecida de maneira arbitrária, segundo as recomendações da literatura, do laboratório fabricante e a experiência acumulada com cada produto.

USO DA METODOLOGIA ATC/DDD

A metodologia ATC/DDD vem sendo usada por muitos anos como uma base para estudos de utilização de medicamentos.

As estatísticas de consumo de medicamentos fornecem uma base para avaliações da racionalidade e aspectos econômicos do uso dos medicamentos no sistema de saúde. Por essa razão é importante, por exemplo:

– monitorar o consumo de medicamentos e, conseqüentemente, terapias superadas em diferentes níveis;

– publicar mais informações sobre regulamentação do mercado de medicamentos e seus efeitos (p.ex.: introdução de novos fármacos/retirada de fármacos e mudanças na regulamentação de prescrições, custos de medicamentos e indicações de uso);

– planejar estudos considerando hábitos de prescrição a fim de melhorar as bases para decisões de políticas de saúde no que se refere ao uso de medicamentos.

ANEXO G

TERMO DE DECLARAÇÃO DE INTERESSES DO MEMBRO DA COMARE

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS
DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E INSUMOS ESTRATÉGICOS**

Comissão Permanente de Revisão da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

TERMO DE DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nome completo: _____
Especialidade: _____
Estabelecimento, sociedade ou órgão empregador: _____
Função: _____
Endereço(s) profissional (is): _____
Carteira de identidade: _____
Cadastro de pessoa física: _____
Telefones: _____
FAX: _____
Endereço eletrônico: _____

Instituições onde trabalha ou mantenha relações de qualquer natureza pelas quais aufera: a) rendimentos pecuniários de qualquer espécie; b) prêmios, presentes, e assemelhados; c) poder de influência; e, d) prêmios ou outras prerrogativas honoríficas:

1. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

2. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

3. Nome da Instituição: _____
Cargo/Função: _____
Natureza do Vínculo: _____
Possíveis áreas de conflito de interesse: _____

Pelo presente documento, declaro sob palavra que de meu conhecimento, que os únicos interesses diretos ou indiretos que possuo com empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, bem como com órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores, encontram-se abaixo listados.

1. INTERESSES FINANCEIROS DE UMA EMPRESA (IF)

- Atual;
- De seu conhecimento: você, cônjuge ou filhos menores de idade;
- Todos interesses financeiros: valores mobiliários de cotas ou não, interesses em ações, obrigações ou de outros bens financeiros em fundos próprios; devem ser declarados os interesses de uma empresa do setor concernente, uma de suas filiais ou uma sociedade que detenha parte de capital no limite de seu conhecimento imediato e esperado. Solicita-se indicar o nome da sociedade, o tipo e a quantidade de valores ou porcentagem da fração do capital detido.

Sim

Não

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Tipo de investimento (valores em bolsa, capital próprio e obrigações)	Menor que 5% do capital	Maior ou igual a 5% do capital	Data de início	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores.

2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja, compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor).

- Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada

2. ATIVIDADES EXERCIDAS EM CARÁTER PESSOAL

- *As atividades de pesquisa, avaliação científica ou de conselho por conta própria ou representando as empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE* devem ser declaradas nas respectivas rubricas. Neste caso ou em atividades relacionadas a produto(s) específico(s), devem ser mencionados abaixo do nome da empresa, o nome do princípio ativo, o nome comercial e a função exercida, o objeto da atividade, a data de início e a data prevista de duração da atividade.

2.1. Vínculos duráveis ou permanentes (VD)

2.1.1. Proprietário, dirigente, associado, empregado, participação em órgão de decisão da empresa.

- Atualmente, em negociação ou nos últimos 5 anos

Sim

Não

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Posição na empresa	Natureza do contrato	Data de contratação ou do início de trabalho	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores

2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja, compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

2.1.2. Outras atividades regulares

- Atualmente ou nos últimos 5 anos;

- Consultor individual, membro de grupo de especialistas (ou equivalente) de empresas cujos produtos e objetos são do

campo de competência da COMARE. () Sim () Não				
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Natureza da atividade/Assunto/Nome do produto	Remuneração	Data do início	Data do fim
		() Nenhuma () Pessoal () Institucional () Pessoal e institucional		
		() Nenhuma () Pessoal () Institucional () Pessoal e institucional		

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores

2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida lato sensu, ou seja, compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada.

2.2 Participações específicas: estudos clínicos, pré-clínicos e trabalhos científicos (pe-ec)

- As atividades relativas a este item são as participações na realização de estudos não clínicos e pré-clínicos (estudos metodológicos, ensaios analíticos, ensaios químicos, farmacêuticos, biológicos, farmacológicos ou toxicológicos) de estudos clínicos, epidemiológicos e estudos observacionais sobre as práticas etc;
- Neste documento, os participantes da realização de *estudos clínicos* são denominados **pesquisadores** (**pesquisador principal** para estudos monocêntricos ou responsável por um centro de pesquisa em um estudo multicêntrico e **pesquisador coordenador** quando responsável por estudos *multicêntricos*); e **experimentador** no caso de *estudos não clínicos ou pré-clínicos*.

2.2.1. Na qualidade de pesquisador principal de estudo, coordenador ou experimentador.

- Atualmente ou nos últimos 5 anos;

- Participação na realização de estudos não clínicos e pré-clínicos (estudos metodológicos, ensaios analíticos, ensaios químicos, farmacêuticos, biológicos, farmacológicos ou toxicológicos), de estudos clínicos, epidemiológicos e observacionais sobre sua prática.

() Sim

() Não

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Natureza da atividade/Nome do produto	Função na pesquisa (pesquisador/ experimentador principal, coordenador...)	Data de início	Data de término

2.2.2. Na qualidade de co-pesquisador, colaborador ou experimentador não principal de estudo.

- Atualmente ou nos últimos 3 anos;

- Participação na realização de estudos não clínicos e pré-clínicos (estudos metodológicos, ensaios analíticos, ensaios químicos, farmacêuticos, biológicos, farmacológicos ou toxicológicos), de estudos clínicos, estudos epidemiológicos e

observacionais sobre as práticas.
 Sim
 Não

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Natureza da atividade/Nome do produto	Função na pesquisa (investigador/experimentador, coordenador)	Data de início	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores
2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida lato sensu, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada

2.3. Participações específicas: pareceres de especialista

2.3.1. Pareceres emitidos para a elaboração de documentos submetidos à avaliação da COMARE
- Atualmente ou nos últimos 5 anos;
- *Em seu conhecimento, uma vez que é normalmente esperado que você tenha previamente informado: em outros casos queira reinformar na rubrica seguinte.*
 Sim
 Não

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Relação de pareceres emitidos/Assunto/Nome do produto	Remuneração	Data do início	Data de término
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional		
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional		

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores
2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

- Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada.

2.4. Participações específicas: outras atividades de prestação de serviço (pe –oaps)

<p>- Atualmente ou nos últimos 3 anos; - Consultoria específica, participação em grupo de trabalho, grupo de reflexão, atividade de auditoria por meio de órgão profissional de acreditação. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>				
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Natureza da prestação de serviço ou assunto/Nome do produto	Remuneração	Data de início	Data de término
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional		
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional		

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores
2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada

2.5. Participações específicas: congressos, conferências, colóquios, outras reuniões 5 (pe-cf)

- Reuniões apoiadas financeiramente ou organizadas por empresa produtora ou de comércio de medicamentos.

2.5.1. Convites na qualidade de conferencista (palestrante, moderador, painelista etc) - Atualmente ou nos últimos 3 anos. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Lugar e título da reunião/Assunto da intervenção/Nome do produto	Remuneração	Data
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional	
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional	
2.5.2. Convites na qualidade de auditor - Atualmente ou no ano anterior. <input type="checkbox"/> Sim			

<input type="checkbox"/> Não			
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Lugar e título da reunião/Assunto da intervenção/Nome do produto	Remuneração	Data
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional	
		<input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Pessoal <input type="checkbox"/> Institucional <input type="checkbox"/> Pessoal e institucional	

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores
2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

- Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada

2.6 - participações específicas: outras (pe-o)

- A natureza do vínculo é outra além daquelas mencionadas anteriormente; - Detentor de autorização de licença de desenvolver produto, procedimento ou qualquer outra forma de propriedade intelectual: parte, etc. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Natureza da atividade/nome do produto	Data de início	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores
2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

- Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada.

3. PAGAMENTOS SUBSTANTES DO ORÇAMENTO DE UMA INSTITUIÇÃO DA QUAL VOCÊ É RESPONSÁVEL

- Atualmente ou nos últimos 3 anos;
- Está neste item às pessoas responsáveis de instituição de pesquisa, departamento, serviço de associação de pacientes;
- Não é solicitado declarar financiamentos que sejam montantes participantes de pequena parte do orçamento de funcionamento de sua estrutura (< 15% ou equivalente, por exemplo); o montante será examinado todo ano, de uma mesma fonte; os pagamentos podem tomar a forma de subvenções para estudos ou pesquisas, bolsas ou patrocínios pagamentos em espécie ou em salários, materiais, taxas, diversos.

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
--

Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Objeto do pagamento	Instituição beneficiária	Data de início	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores

2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada

4. PARENTES PRÓXIMOS ASSALARIADOS NAS EMPRESAS LISTADAS ABAIXO

- Atualmente;

- Cônjuge – esposo/esposa ou pessoa vivendo sob o mesmo teto – ascendentes ou descendentes, parentes colaterais próximos e seus cônjuges.

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Empresa ^{1,2} (sociedade, estabelecimento ou órgão)	Função e posição na empresa (indicar se for o caso, se é um posto de responsável e/ou qual atividade existe em relação com um produto	Vínculo de parentesco (cônjuge, filho, irmão, irmã, pai, mãe, sogro, sogra, cunhado, cunhada)	Data de início	Data de término

1. Empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE, órgãos profissionais ou conselhos relacionados a estes setores

2. A noção de **empresas cujos produtos e objetos são do campo de competência da COMARE** deve ser entendida *lato sensu*, ou seja compreendem estabelecimentos privados, públicos (titular, fabricante, comerciante, produtor, empregador e distribuidor)

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada.

5. OUTROS

- Outros fatos ou interesses que podem ser considerados como prejudiciais à sua imparcialidade

- Trabalho de especialista em outras instituições em relação a um medicamento

- Outros fatos que você considera devem ser levados ao conhecimento da COMARE e do público

<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Empresa se for o caso	Natureza da atividade	Observação	Data de início	Data de término

Eu, abaixo assinado, _____, me comprometo, em caso de modificação dos itens acima ou do fato de aquisição de interesses adicionais devem ser levados ao conhecimento da COMARE, a lhe informar e realizar de pronto a uma nova declaração pública de interesse.

Esta declaração não me exime de minha obrigação de declarar todo conflito de interesses em potência no início de toda atividade de especialista da COMARE na qual eu participe.

Declaro, para os devidos fins de direito, que as informações acima indicadas são verdadeiras; que conheço o compromisso de explicitar à Comissão qualquer espécie de vínculo com estabelecimentos, fabricantes ou distribuidores de produtos farmacêuticos; que assumo o compromisso de isentar-me de emitir avaliações ou elaborar relatórios e pareceres que envolvam algum conflito de interesses, considerando as finalidades e as competências da Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – COMARE.

ANEXAR CURRICULO LATTES

Local: -----

Data: -----

Nome completo -----

Assinatura: -----

A atualização da declaração inicial diz respeito às modificações de ligações anteriormente declaradas e de novas ligações; não será então necessário comunicar atualização de interesses previamente declarados (passados ou em curso) que não sejam objeto de alguma modificação.

Caso necessite de mais uma página, anexe em cópia rubricada.

ANEXO H

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE REVISÃO DA RENAME

Atenção: Campos marcados com * são de preenchimento obrigatório.

Nome: *

E-mail: *

CEP: *

Endereço:

Cidade:

Estado:

Instituição: *

Obs: Bases de dados e bibliografia recomendadas: Info POEMs™; Cochrane Library™; Clinical Evidence™; Micromedex™; British National Formulary; Drugs in Pregnancy and Lactation; Meyler's Side Effects of Drugs; AHFS Drug Information; Drug Interaction Facts.

1. Tipo de proposta: *

Alteração Exclusão Inclusão

2. Denominação Genérica do produto. *

Quando fármaco, utilizar a [Denominação Comum Brasileira](#) (DCB) ou Internacional (DCI) do medicamento:

Obs: [Consulte a DCB no sítio da ANVISA.](#)

3. Nome(s) Comercial(ais) e laboratório produtor correspondente do produto:

4. Está registrado na Anvisa para indicação proposta? *

Sim Não

No item 5, quando proveniente de indústria farmacêutica o preenchimento é obrigatório.

5. O produto proposto está sob patente?

Sim, Data de expiração:

Não

6. Forma farmacêutica e concentração do produto: *

7. Classe terapêutica do produto: *

Nos itens de 8 a 13 apresentar cinco referências relevantes no formato Vancouver, considerando o nível de evidência I e grau de recomendação A, preferencialmente através de revisões sistemáticas, metanálises e ensaios clínicos randomizados.

No caso de substituição apresentar estudos comparativos entre o fármaco proposto e o tratamento convencional.

8. Principais indicações terapêuticas do produto:

9. Esquema posológico e duração do tratamento para adultos e crianças: *

10. Razões terapêuticas para a proposta: *

11. Relatório de farmacovigilância (Oficial* ou Fase IV do laboratório): *

* Preferencialmente, quando houver.

12. Estudo farmacoeconômico*comparado para propostas de substituição ou alteração: *

* Preferencialmente, quando houver.

13. Impacto social e epidemiológico (apresentar cálculos ou estudos)*: *

* Preferencialmente, quando houver.

14. Informações complementares, se necessário.

Encaminhar toda a documentação impressa com o número da solicitação* para o endereço abaixo:

Esplanada dos Ministérios
Ministério da Saúde, Bloco G, Ed. Sede 8º andar, sala 837
CEP 70.058-900

AC Herbenio Elias Pereira
Fone: 61 3315-3369
Número da solicitação:

* O número da solicitação é gerado automaticamente após o envio desse formulário.

ANEXO I

GABINETE DO MINISTRO

PORTARIA Nº 2.012, DE 24 DE SETEMBRO DE 2008

Aprovar a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a necessidade de se efetuar a seleção de medicamentos essenciais, considerados seguros, eficazes e de custos efetivos, estinados ao atendimento dos problemas prioritários de saúde da população, frente à multiplicidade de produtos farmacêuticos e do intenso desenvolvimento de novas tecnologias;

Considerando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, aprovada pela Resolução CNS No- 338, de 6 de maio de 2004, que define como um de seus eixos estratégicos, no inciso I do art. 2º, a garantia de acesso e equidade às ações de saúde, incluindo a Assistência Farmacêutica;

Considerando a Política Nacional de Medicamentos, aprovada pela Portaria No- 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998, que estabelece no item 3.1, como uma de suas diretrizes, a adoção de Relação de Medicamentos Essenciais e, como uma de suas prioridades, no item 4.1 a revisão permanente dessa Relação;

Considerando o Relatório Final da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, publicado em 2005, que aprovou como proposta a revisão periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename;

Considerando a necessidade de atualização periódica da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) para que seja utilizada como instrumento norteador da assistência terapêutica no Sistema Único de Saúde - SUS; e

Considerando a Portaria No- 1.254/GM, de 29 de julho de 2005, que constitui a Comissão Técnica e Multidisciplinar de Atualização da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Comare com o propósito de atualizar a Rename, resolve:

Art. 1º Aprovar a 6ª edição da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename).

Parágrafo único. A Rename está disponível na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde - BVS MS e pode ser acessado por meio do endereço http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/rename_2008.pdf

Art. 2º A Rename ora aprovada foi atualizada de acordo com os seguintes critérios:

I - seleção de medicamentos registrados no Brasil, em conformidade com a legislação sanitária;

II - consideração do perfil de morbimortalidade da população brasileira;

III - existência de valor terapêutico comprovado para o medicamento, com base na melhor evidência em seres humanos quanto a sua segurança, eficácia e efetividade;

IV - prioritariamente medicamentos com um único princípio ativo, admitindo-se combinações em doses fixas que atendam aos incisos I e II;

V - identificação do princípio ativo por sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou na sua falta pela Denominação Comum Internacional (DCI);

VI - existência de informações suficientes quanto às características farmacotécnicas, farmacocinéticas e farmacodinâmicas do medicamento;

VII - menor custo de aquisição, armazenamento, distribuição e controle;

VIII - menor custo por tratamento/dia e custo total do tratamento, resguardada a segurança, a eficácia e a qualidade do produto farmacêutico;

IX - consideração das seguintes características quanto às concentrações, formas farmacêuticas, esquema posológico e apresentações:

- a) comodidade para a administração aos pacientes;
- b) faixa etária;
- c) facilidade para cálculo da dose a ser administrada;
- d) facilidade de fracionamento ou multiplicação das doses; e

e) perfil de estabilidade mais adequado às condições de estocagem e uso.

Art. 3º A Rename 2008 norteia a oferta, a prescrição e a dispensação de medicamentos nos serviços do SUS, com a possibilidade de adaptação da relação aos perfis específicos de morbimortalidade das populações pelos Estados, os Municípios e o Distrito Federal, garantindo-lhes o acesso a medicamentos com uso racional.

Art. 4º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º Fica revogada a Portaria No- 2.475/GM, de 13 de outubro de 2006, publicada no Diário Oficial da União No- 200, de 18 de outubro de 2006, Seção 1, páginas 26 a 41.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO